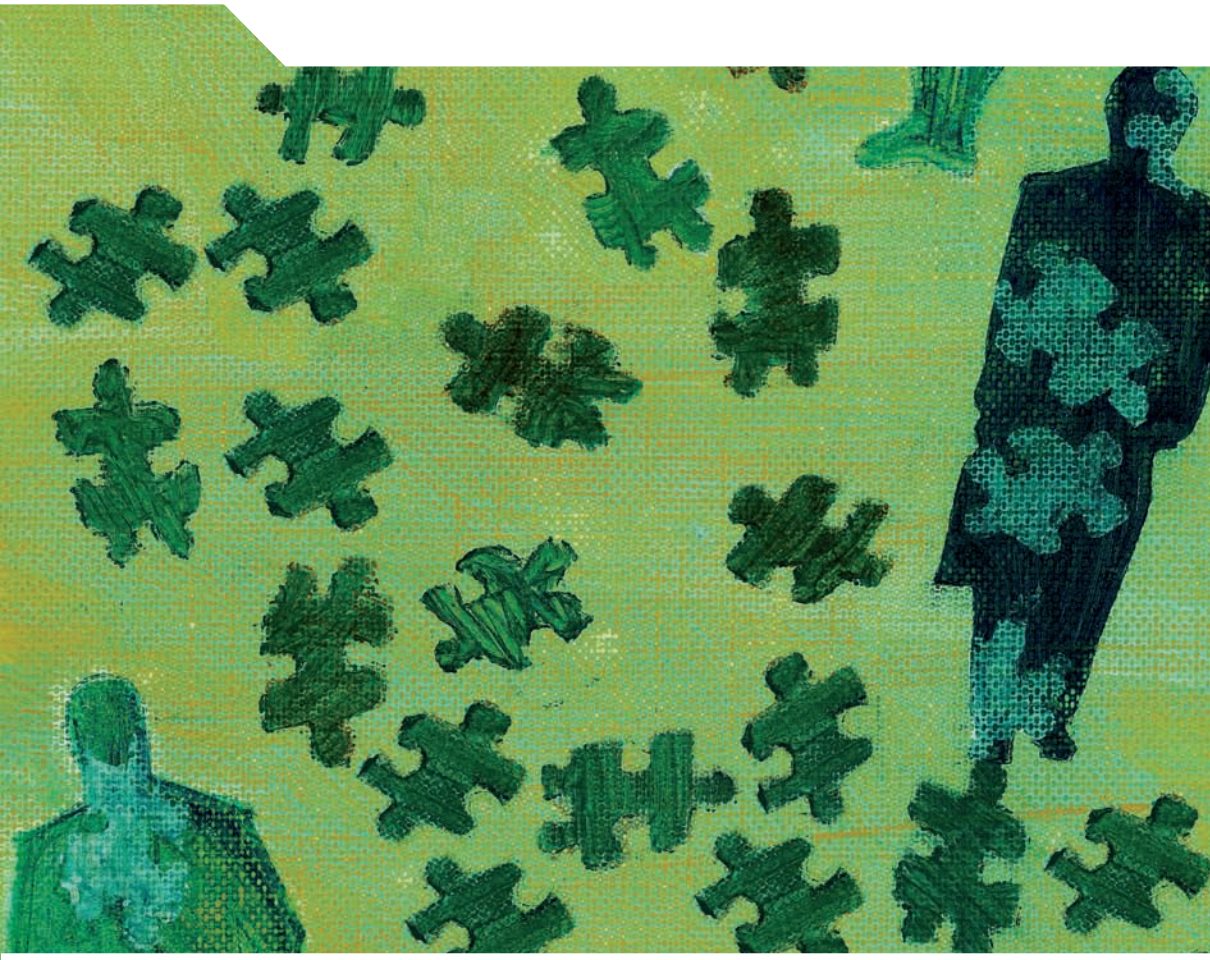
Santé mentale et emploi

BELGIQUE



OCDE

Santé mentale et emploi : Belgique

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES
POUR UNE VIE MEILLEURE

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2013), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr

ISBN 978-92-64-18758-0 (imprimé)
ISBN 978-92-64-18759-7 (PDF)

Collection : Santé mentale et emploi
ISSN 2226-0382 (imprimé)
ISSN 2226-0390 (en ligne)

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Couverture : © Inmagine ltd.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : *www.oecd.org/editions/corrigenda*.

© OCDE 2013

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à *rights@oecd.org*. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) *info@copyright.com* ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) *contact@cfcopies.com*.

Avant-propos

Dans de nombreux pays de l'OCDE, s'attaquer aux problèmes de santé mentale au sein de la population d'âge actif devient un enjeu essentiel pour les politiques sociales et du marché du travail. C'est une question qui a trop longtemps été négligée, malgré l'importance croissante du coût qui en résulte pour les personnes concernées et pour la société dans son ensemble. Les pays de l'OCDE sont de plus en plus nombreux à reconnaître que les pouvoirs publics ont un rôle important à jouer pour améliorer les possibilités d'emploi des personnes en mauvaise santé mentale, notamment lorsque ces dernières sont très jeunes, pour venir en aide à celles qui ont un emploi mais éprouvent des difficultés dans leur travail, et pour éviter l'apparition de maladies et d'incapacités de longue durée dues à un trouble mental.

Le premier rapport de l'OCDE sur cette question, publié en janvier 2012 et intitulé *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, recense les principaux enjeux stratégiques sous-jacents auxquels les pays sont confrontés, en élargissant la base de connaissances et en bousculant certaines idées reçues quant aux liens entre mauvaise santé mentale et travail. Le présent rapport, qui traite de la situation en Belgique, est le premier d'une série de rapports analysant l'approche adoptée par différents pays de l'OCDE face à ces défis, sur des sujets tels que la transition de l'école à l'emploi, le lieu de travail, les organismes qui fournissent des services aux demandeurs d'emploi, l'entrée dans le régime d'invalidité permanente, et la pertinence du système de santé. Les autres rapports se penchent sur la situation en Australie, en Autriche, au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse. Globalement, ces neuf études s'emploient à approfondir les connaissances relatives aux politiques visant à promouvoir la bonne santé mentale au travail. Par ailleurs, chacune d'elles contient une série de recommandations détaillées propres au pays concerné. Aucun autre rapport n'ayant été publié précédemment sur la maladie, l'invalidité et le travail en Belgique (contrairement à ce qui s'est fait dans la plupart des autres pays participant au projet), certaines sections du présent rapport traiteront du régime d'assurance maladie et invalidité en termes plus généraux, et déborderont donc du seul cadre de la santé mentale.

Cet examen est le fruit d'une collaboration entre la Division de l'analyse et des politiques de l'emploi et la Division de la politique sociale de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Le rapport a été préparé par Veerle Miranda sous la supervision de Christopher Prinz. Les données statistiques ont été traitées par Dana Blumin et Maxime Ladaique. Nous remercions John Martin, Stefano Scarpetta, Mark Keese et Monika Queisser pour leurs précieux commentaires. Ce rapport tient compte également des observations d'experts et de différents ministères et institutions belges, notamment Freddy Falez de l'Université Libre de Bruxelles, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les Mutualités Libres MLOZ, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, le Forem et le Ministère Flamand de l'Enseignement et de la Formation.

Table des matières

Acronymes et abréviations 9

Résumé 11

Évaluation et recommandations 13

***Chapitre 1*. Les défis posés par la santé mentale et l'emploi en Belgique** 21

Introduction 22
Grandes tendances et résultats 26
Description du système de protection sociale de la Belgique 30
Conclusion 38
Notes 39
Références 39

***Chapitre 2.* Le système éducatif belge** 41

La Belgique met l'accent sur l'enseignement spécialisé 43
Gamme complète de services en milieu scolaire 45
Initiatives intéressantes pour prévenir le décrochage scolaire 48
Transition difficile de l'école à la vie active 51
Conclusion et recommandations 54
Notes 55
Références 57

***Chapitre 3*. Employeurs et environnement de travail en Belgique** 59

Relation entre les conditions de travail et la mauvaise santé mentale 60
La mauvaise santé mentale est un déterminant important de l'absentéisme pour cause de maladie 62
Les pertes de productivité dues à des troubles mentaux sont importantes 63
La législation du travail contient des instructions explicites 65
La mise en œuvre pratique de la législation reste insuffisante 68
Conclusion et recommandations 68
Notes 70
Références 70

Chapitre 4. **Le régime de prestations de maladie et d'invalidité en Belgique** .. 73

L'accent n'est pas mis sur la gestion des maladies ou le retour au travail 74
Des indemnités de maladie aux prestations d'invalidité : une transition en douceur 83
Conclusions et recommandations 89
Notes 94
Références 95

Chapitre 5. **Le régime d'allocations d'invalidité en Belgique** 97

Allocations d'invalidité subordonnées à un critère de ressources 98
Rien n'est prévu pour favoriser le retour à l'emploi des bénéficiaires d'allocations liées au handicap 101
L'allocation liée au handicap : un piège pour les jeunes adultes 101
Conclusions et recommandations 102
Notes 103
Références 103

Chapitre 6. **Les services publics de l'emploi en Belgique** 105

L'importance des problèmes de santé mentale parmi les personnes au chômage est mieux reconnue 107
Une aide intensive aux personnes atteintes de troubles mentaux 111
La participation est bonne, mais le retour à l'emploi rare 113
Un nouveau programme pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves 115
Actions en direction des bénéficiaires de l'aide sociale et d'indemnités d'invalidité 119
Conclusions et recommandations 119
Notes 120
Références 121

Chapitre 7. **Le secteur de la santé mentale en Belgique** 123

Une réorganisation majeure du secteur de la santé mentale 124
Identifier et corriger les carences de traitement 126
L'orientation vers les soins spécialisés reste problématique 128
Conclusions et recommandations 130
Notes 131
Références 132

Annexe A. **Tendances des dépenses consacrées à l'invalidité et à la maladie en Belgique** 133

Graphiques

Graphique 1.1. Les troubles mentaux entraînent des coûts très importants pour la société 22
Graphique 1.2. Les résultats sur le marché du travail se sont améliorés en Belgique avant la Grande Récession, sauf pour les personnes atteintes de troubles mentaux, milieu des années 90 et fin des années 2000 27
Graphique 1.3. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus exposées au risque de pauvreté 28
Graphique 1.4. Augmentation rapide des demandes de prestations d'invalidité motivées par des troubles mentaux 29
Graphique 1.5. La structure de l'État fédéral belge 31
Graphique 1.6. La Belgique dépense moins pour les prestations d'invalidité et de maladie que pour le chômage 36
Graphique 1.7. Beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux en Belgique perçoivent des allocations de chômage 37
Graphique 2.1. En Belgique, la quasi-totalité des enfants présentant des troubles mentaux graves sont accueillis dans des établissements spécialisés 44
Graphique 2.2. Étudier d'abord, travailler ensuite : la transition de l'école à l'emploi en Belgique 53
Graphique 3.1. Relation entre les facteurs professionnels et privés et la dépression 61
Graphique 3.2. La tension au travail a considérablement augmenté en Belgique au cours de la dernière décennie 61
Graphique 3.3. Causes des absences pour maladie de 15 jours ou plus chez les salariés en Belgique, 2004-06 62
Graphique 3.4. Relation entre les conditions de travail et les absences pour cause de maladie 63
Graphique 3.5. Le présentéisme a augmenté de manière spectaculaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux modérés 64
Graphique 4.1. La reprise du travail devient difficile après trois mois de congé de maladie, 2010 83
Graphique 4.2. Le nombre de sorties du régime d'invalidité est relativement élevé en Belgique 85
Graphique 4.3. Les personnes souffrant de troubles mentaux bénéficient plus longtemps de prestations invalidité que celles qui présentent des troubles musculosquelettiques 86
Graphique 4.4. Très peu de personnes atteintes de troubles mentaux et bénéficiant d'une pension d'invalidité prennent part à des programmes d'activation, mais elles sont légèrement plus nombreuses que celles souffrant de TMS 87
Graphique 4.5. Ni le temps partiel ni le travail volontaire ne constituent un tremplin vers un emploi à temps complet 88

Graphique 4.6. La grande majorité des personnes qui passent d'un temps partiel à un temps complet ou à une pension intégrale le font dans un délai d'une année . 89
Graphique 5.1. Les troubles mentaux représentent un quart des demandes d'allocations liées à un handicap 99
Graphique 5.2. Une grande partie des nouveaux bénéficiaires d'allocations liées au handicap n'a jamais travaillé 100
Graphique 6.1. La prévalence des troubles mentaux est élevée chez les chômeurs 106
Graphique 6.2. Les personnes souffrant de handicap restent sans emploi plus longtemps 115
Graphique 6.3. Peu de demandeurs d'emploi atteints de problèmes de santé mentale graves réussissent à décrocher un emploi 118
Graphique 7.1. La Belgique se classe au deuxième rang des pays de l'OCDE en termes de ratio de lits psychiatriques 125
Graphique 7.2. Seule une minorité de personnes souffrant de problèmes de santé mentale suit un traitement 127
Graphique 7.3. Seule une minorité de l'ensemble des patients suit un traitement associant médicaments et psychothérapie 128
Graphique 7.4. Seule une minorité de patients n'a pas les moyens financiers d'accéder à un traitement pour troubles de la santé mentale 130

Tableaux

Tableau 2.1. La Belgique met particulièrement l'accent sur l'enseignement spécialisé destiné aux enfants atteints de handicaps 44
Tableau 2.2. En Belgique, le soutien pédagogique fourni aux enseignants est relativement limité 46
Tableau 5.1. Une part importante des bénéficiaires d'allocations liées au handicap perçoivent une prestation partielle 99
Tableau 6.1. Participation des personnes souffrant de handicaps aux programmes actifs du marché du travail en Flandre 114
Tableau 6.2. Activation des demandeurs d'emploi souffrant de graves problèmes de santé mentale en Flandre, 2011 118

Acronymes et abréviations

AWIPH	Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées
BTOM	*Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende Maatregel* (Mesures spéciales de soutien à l'emploi)
CEFA	Centre d'éducation et de formation en alternance
CIM	Classification internationale des maladies
CLB	*Centrum voor Leerlingenbegeleiding* (Centre d'assistance scolaire)
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (quatrième édition, texte révisé)
EECT	Enquête européenne sur les conditions de travail
GA	*Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst* (Service spécialisé d'étude de l'emploi)
GHQ	Questionnaire général de santé
GOB	*Gespecialiseerde Opleidings- en Begeleidingsdienst* (Service spécialisé de formation, d'accompagnement et de médiation pour les personnes souffrant d'un handicap à l'emploi)
GTB	*Gespecialiseerde Traject Bepalings- en Begeleidingsdienst* (Service spécialisé dans la définition et l'accompagnement de parcours à l'intention des personnes présentant des problèmes d'ordre médical, mental, psychologique ou psychiatrique)
IBO	*Individuele Beroepsopleiding in de Onderneming* (Formation professionnelle individuelle en entreprise)
IDI	Identification, diagnostic et intervention
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
MMPP	Problèmes d'ordre médical, mental, psychologique ou psychiatrique
MST	*Medisch Schooltoezicht* (Centre for Medical Surveillance at Schools)

OCMW	Centre public d'action sociale
ONEM	Office national de l'emploi
PHARE	Personne Handicapée Autonomie Recherchée
PME	Petites et moyennes entreprises
PMS	Centre psycho-médico-social
PSE	Service de promotion de la santé à l'école
RATOG	*Risico-Analyse Tool voor Ongewenst Gedrag* (Outil d'analyse de risque du harcèlement)
RATOG-KMO	*Risico-Analyse Tool voor Ongewenst Gedrag in Kleine en Middelgrote Organisaties* (Outil d'analyse de risque du harcèlement dans les petites et moyennes entreprises)
SOBANE	Dépistage, Observation, Analyse, Expertise
SPE	Service public de l'emploi
VAPH	*Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap* (Agence flamande pour les personnes handicapées)
VDAB	*Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding* (Service public flamand de l'emploi)
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale (échelle de Wechsler – test de QI pour adultes)

Résumé

Les pays de la zone OCDE sont de plus en plus nombreux à reconnaître que la mauvaise santé mentale constitue un problème pour les politiques sociales et du marché du travail : elle génère en effet des coûts importants pour les personnes concernées, les employeurs et l'économie tout entière en se répercutant négativement sur l'emploi, en aggravant le chômage et en induisant des pertes de productivité. Face au défi que représente la mauvaise santé mentale au travail, le dispositif institutionnel de la Belgique possède des atouts importants, et ce pour trois raisons principales. En premier lieu, la législation du travail, très progressiste, met fortement l'accent sur la prévention des troubles mentaux ; deuxièmement, les personnes souffrant de ce type de troubles perçoivent généralement des indemnités de chômage plutôt qu'une pension d'invalidité lorsqu'elles perdent leur emploi, ce qui maintient un lien étroit avec le marché du travail et facilite leur réintégration ; enfin, le régime intégré de prestations de maladie et d'invalidité est idéal pour assurer le suivi des maladies, la rapidité des interventions et l'efficacité des mécanismes de retour au travail. Il n'en reste pas moins que le système actuel pèche au niveau de la mise en œuvre, et qu'il reste à la fois passif et réactif ; par ailleurs, il n'est pas exploité de manière à éviter que les personnes atteintes de troubles mentaux se coupent du marché de l'emploi. Très prometteuse, la récente tentative de rapprochement effectuée par les services publics de l'emploi (surtout en Flandre) vis-à-vis du secteur de la santé mentale et d'autres systèmes de prestations, afin de mieux (ré-)intégrer les personnes qui présentent des troubles mentaux, devrait permettre d'améliorer la situation de ces personnes en matière d'emploi et de bien-être social. Il faudra que les employeurs, la médecine du travail et les sociétés d'assurance maladie (les mutualités) adoptent une approche plus proactive, et que se mettent en place des mécanismes de cofinancement systématique entre les différents secteurs, afin de concevoir des modèles de coopération et d'intégration des services. La réforme en cours dans le secteur de la santé mentale fournit l'occasion idéale d'intégrer les services de la santé et de l'emploi.

L'OCDE recommande à la Belgique :

- d'intégrer davantage encore les enfants et les élèves ayant des besoins spécifiques dans l'enseignement classique et d'améliorer la transition de l'école à l'emploi ;
- de veiller scrupuleusement à la mise en œuvre et au respect des obligations des employeurs vis-à-vis des personnes qui ont des problèmes psychosociaux, et de renforcer les sanctions à l'égard des contrevenants ;
- d'associer systématiquement des spécialistes de la santé au travail au maintien dans l'emploi et à la réintégration des salariés malades ;
- de rendre systématique la coopération entre mutualités et services publics de l'emploi ;
- de mettre en place des services de santé mentale axés sur l'emploi et d'expérimenter de nouvelles façons d'intégrer les services de la santé et de l'emploi.

Évaluation et recommandations

Les personnes souffrant de troubles mentaux s'intègrent mal sur le marché du travail. En Belgique, par rapport aux personnes qui ont une bonne santé mentale, elles enregistrent un taux d'emploi inférieur de 15 points de pourcentage et un taux de chômage supérieur de 10 points. Bon nombre de celles qui exercent une activité rencontrent des difficultés professionnelles (quatre travailleurs sur cinq souffrant de troubles mentaux déclarent être moins performants au travail) et les demandes de pension d'invalidité pour cause de mauvaise santé mentale sont fréquentes et leur nombre va croissant. Les troubles mentaux sont la cause principale de demande de prestations pour environ un tiers des 260 000 bénéficiaires de l'assurance invalidité et pour une proportion importante des 160 000 bénéficiaires de l'allocation d'invalidité. Il en résulte un coût important pour la société, les employeurs, les personnes concernées et leurs familles, dont le montant est estimé à 3.4 % du PIB de la Belgique.

Le système belge a beaucoup de potentiel pour relever les défis que posent les troubles mentaux au travail

La Belgique peut s'appuyer sur une structure institutionnelle bénéficiant d'un certain nombre de forces structurelles qui ne sont pas encore exploitées à leur maximum. En particulier, l'obligation faite aux employeurs de prévoir un service de médecine du travail, associée au système intégré de l'assurance maladie-invalidité – dont le mode de financement et les procédures d'évaluation sont harmonisés – fournissent un cadre idéal pour assurer un suivi étroit des maladies, une intervention rapide et le déclenchement de mesures propres à favoriser le retour au travail. La Belgique est en outre un des rares pays dont la législation du travail comporte des instructions claires sur le besoin de prévention des troubles mentaux au travail : toutes les parties prenantes, et notamment les employeurs, les médecins du travail et les compagnies d'assurance maladie (appelées « mutualités »), doivent s'investir en faveur de la réintégration des travailleurs en arrêt maladie. La mise en œuvre de cette législation est cependant loin d'être optimale, et dans son utilisation actuelle, le système ne

permet pas d'éviter que les personnes atteintes de troubles mentaux finissent par se couper du marché de l'emploi. Une approche plus volontariste de tous les acteurs clés améliorerait grandement l'intégration de ces personnes sur le marché du travail.

Impliquer les employeurs, les médecins du travail et les mutualités

En premier lieu, les employeurs ont peu d'incitations financières à prévenir les troubles mentaux et à garder les personnels qui en sont atteints : cela tient notamment à la relative brièveté de la période durant laquelle ils sont tenus de prendre en charge la rémunération d'une personne en arrêt maladie. Ils ne jouent donc généralement pas un rôle actif dans la gestion de la maladie et de l'invalidité, et ne mobilisent que rarement les services de médecine du travail pour favoriser le maintien ou la réintégration de travailleurs en congé de maladie. Peu d'entreprises voient l'intérêt d'évaluer les risques psychosociaux – comme la loi les y oblige pourtant – et les sanctions sont trop légères pour constituer une incitation.

Deuxièmement, les services de santé au travail emploient en Belgique à la fois des médecins du travail (spécialisés dans la surveillance médicale) et des conseillers en prévention (spécialistes de la gestion des risques, y compris pour les aspects liés à la santé mentale). Ils seraient donc idéalement placés pour aider les employeurs à gérer la maladie et l'invalidité de leurs salariés. Or, les conflits de compétences impliquant les médecins du travail font naître la méfiance chez les employeurs comme chez les salariés, ce qui ne facilite guère la coopération. Alors que le médecin du travail, par exemple, est censé aider un salarié en arrêt maladie à reprendre son travail, il peut aussi déclarer ce salarié inapte, donnant ainsi à l'employeur la possibilité de le licencier sans préavis ni indemnité. De son côté, l'employeur a rarement l'occasion de connaître le conseiller en prévention chargé des aspects psychosociaux, sauf si ce dernier prend contact suite à la plainte d'un salarié, ce que l'employeur considère comme une intrusion dans sa sphère de compétences.

Troisième point : les mutualités demeurent très passives et, malgré l'obligation qui est la leur d'aider les personnes en arrêt maladie à reprendre le travail, s'emploient principalement à contrôler la situation de leurs clients en matière de santé. Les mesures d'intégration – peu nombreuses – dont elles disposent sont mal adaptées au cas de personnes atteintes de troubles mentaux ; par ailleurs, il n'existe aucune communication systématique entre mutualités et médecins du travail. Les initiatives prises récemment par les services publics de l'emploi (SPE) afin d'aider le retour à l'emploi des bénéficiaires de prestations de maladie ou d'invalidité semblent constituer une piste prometteuse, mais elles n'ont donné jusqu'à présent que peu de

résultats concrets : en effet, l'absence de cadre juridique laisse planer trop d'incertitudes, du point de vue de ces personnes, quant aux prestations auxquelles elles ont droit. Pour que la coopération entre les SPE et les mutualités soit couronnée de succès, une évolution sensible s'impose dans l'état d'esprit des médecins-conseils des mutualités et de leurs clients : cette condition pourrait être satisfaite avec la mise en place d'un cadre juridique prévoyant le retrait des règles incohérentes et, pour les médecins-conseils, une meilleure formation et un meilleur accès aux informations.

Prendre en compte les problèmes de santé mentale chez les bénéficiaires de l'allocation de chômage

La Belgique est confrontée à une situation unique en son genre en ce qui concerne le retour à l'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux qui sont tributaires de prestations accessibles aux individus d'âge actif. Contrairement à ce que l'on observe dans plusieurs autres pays de l'OCDE, où les chômeurs atteints de troubles mentaux sont le plus souvent en invalidité, une part importante de cette catégorie de population perçoit, en Belgique, des allocations de chômage. Les dépenses consacrées aux prestations de maladie et d'invalidité sont en outre moins élevées que les montants affectés au chômage, ce qui différencie la Belgique de la quasi-totalité des autres pays de l'OCDE.

Le rôle prépondérant des prestations de chômage pour les personnes atteintes de troubles mentaux tient à plusieurs facteurs. En premier lieu, du fait que ces prestations ne sont pas limitées dans le temps, les conditions plus strictes qui régissent désormais l'obtention d'une pension d'invalidité présentent moins d'intérêt pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Si les demandeurs d'emploi sont tenus de chercher activement un travail et de se montrer disponibles, la mauvaise santé mentale constitue une raison valable de refuser une offre, et les chômeurs de longue durée qui sont confrontés à de multiples problèmes (dont des troubles mentaux) sont rarement radiés du système de prestations. Celui-ci pourrait en outre être considéré comme plus permanent et plus sûr que le régime d'indemnités de maladie ou d'invalidité, car l'état de santé des personnes qui perçoivent une pension d'invalidité donne lieu à des contrôles réguliers, ce qui n'est pas nécessairement le cas des bénéficiaires d'allocations de chômage. Enfin, les avantages financiers susceptibles de favoriser les demandes de pension d'invalidité sont restés très limités jusqu'à une date très récente, car les niveaux de prestations étaient comparables. Depuis novembre 2012, cependant, les allocations de chômage sont à la fois plus fortement dégressives et moins généreuses, ce qui pourrait entraîner une recrudescence de demandes de pensions d'invalidité, comme c'est le cas dans un grand

nombre d'autres pays de l'OCDE où les indemnités de chômage sont gérées de façon plus stricte, la recherche d'emploi étant désormais soumise, par exemple, à des exigences et à un suivi plus rigoureux.

La situation actuelle en Belgique présente un avantage pour les personnes atteintes de troubles mentaux qui perdent leur travail : elles restent en prise directe avec le marché de l'emploi, ce qui est propice à leur réinsertion. Il importe, pour tirer parti des possibilités offertes par ce contexte, d'accorder plus d'attention aux besoins de ce groupe de population. La récente prise de conscience, par les SPE, de l'existence de problèmes de santé mentale parmi les bénéficiaires de l'allocation de chômage constitue dès lors un début prometteur vers une meilleure intégration de ces personnes sur le marché du travail et vers l'amélioration de leur bien-être social. Plusieurs projets pilotes ont été lancés, en coopération avec les secteurs de la santé et de la protection sociale, à l'intention des personnes souffrant de troubles mentaux graves ; en outre, des programmes se mettent en place progressivement, au service des bénéficiaires de pensions d'invalidité et de prestations sociales. Il reste néanmoins indispensable que les employeurs, les services de santé au travail et les mutualités adoptent une approche plus volontariste afin d'intensifier la coopération. L'instauration de mécanismes permettant un cofinancement systématique entre les différents secteurs s'impose aussi, de manière à répartir les coûts d'activation en fonction des prestations accumulées. Enfin, il est nécessaire, pour que tous les aspects du problème soient pris en compte, d'accorder plus d'attention aux troubles mentaux légers et modérés chez les demandeurs d'emploi.

Développer l'emploi lié aux soins de santé mentale

La possibilité de mieux intégrer les personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché du travail dépendra, dans une certaine mesure, de la mise en œuvre de la réforme des soins de santé mentale et de l'intérêt que ce secteur portera à l'emploi. En particulier, le secteur de la santé mentale reste, en Belgique, fortement axé sur les soins hospitaliers pour les personnes atteintes de pathologies graves ; l'orientation vers un spécialiste est problématique en raison de la complexité du système, de la longueur des délais à prévoir pour l'accès aux soins et du non-remboursement des séances de psychothérapie. L'efficacité des services passera par la constitution de réseaux de soins continus, au sein desquels les différents niveaux (médecins généralistes et autres prestataires de soins primaires, centres de santé mentale et hôpitaux ou autres structures psychiatriques) coopéreraient étroitement.

Jusqu'à présent, le système de santé belge consacre peu ou pas d'attention à l'emploi. La récente invitation faite aux ministères du Travail de participer à la réforme des soins de santé mentale est, par conséquent, est une occasion idéale pour commencer à développer des moyens de rapprocher services de santé et emploi.

Prendre en compte l'apparition précoce des troubles mentaux

Les maladies mentales apparaissent généralement à un très jeune âge, et nécessitent un soutien adéquat afin d'empêcher les répercussions négatives au plan professionnel. Le système scolaire belge offre une palette complète de services axés sur la promotion de la santé mentale, ainsi que sur la prévention des troubles et du décrochage scolaire. En outre, des efforts supplémentaires s'imposent afin de maintenir dans le système scolaire général les enfants qui présentent des troubles psychologiques et comportementaux, l'objectif étant de favoriser leur intégration sociale et d'accroître leurs chances de s'intégrer par la suite sur le marché du travail. Ces dernières années, le développement de structures de soins internes dans les écoles flamandes (notamment dans le primaire), avec le rôle clé joué par l'enseignant aidé par les éducateurs au sein de l'école et des centres d'assistance scolaire externes, est un changement prometteur qui permet de mieux répondre aux besoins des enfants dans l'enseignement ordinaire et qui devrait être développé plus avant au niveau du secondaire. Il pourrait également servir de modèle pour les politiques éducatives de la Communauté française. Enfin, les centres pour l'orientation des élèves, qui dans l'idéal sont destinés à coordonner l'ensemble des mesures de soutien et des services extérieurs, ne disposent pas toujours de l'autorité et des ressources financières indispensables à cet effet.

La fin du parcours scolaire marque aussi l'arrêt brutal des services fournis dans ce contexte : cela peut s'avérer particulièrement préjudiciable pour des jeunes souffrant de troubles mentaux, qui cumulent généralement plusieurs handicaps sociaux. La transition entre l'école et le monde du travail est souvent difficile en Belgique, où le taux de chômage est par conséquent élevé chez les jeunes. Ces dernières années, les services publics régionaux de l'emploi se sont penchés activement sur le chômage des jeunes, mais il faudrait qu'ils adoptent une démarche plus volontariste et qu'ils coopèrent étroitement avec les centres d'assistance scolaire, de même qu'avec les services en charge de la santé et de la protection sociale, afin de fournir un soutien intégré aux jeunes qui ont des problèmes de santé mentale.

Récapitulatif des principales recommandations de l'OCDE concernant la Belgique

Principaux enjeux	Recommandations
1. Les établissements scolaires ordinaires accordent peu d'attention aux questions de santé mentale	• Fournir un soutien spécialisé dans le système d'enseignement ordinaire • Développer davantage des structures de soins internes dans les écoles et donner aux centres d'assistance scolaire l'autorité et les ressources suffisantes pour coordonner tous les soutiens externes
2. La transition entre l'école et le monde du travail est souvent difficile	• Faire en sorte que les élèves acquièrent une expérience professionnelle utile avant de quitter l'école • Élaborer un système d'orientation professionnelle en coopération avec les centres d'assistance scolaire et les services publics de l'emploi • Obliger les services publics de l'emploi à aider les jeunes qui quittent le système éducatif dans leur recherche d'emploi
3. Peu de mesures incitent les employeurs à prévenir les troubles mentaux et à garder les salariés qui en sont atteints	• Les obligations d'évaluation des risques doivent être rigoureusement mises en œuvre et surveillées, et des sanctions de non-respect devraient augmenter de manière significative • Faire en sorte que les arrêts maladie soient plus coûteux pour l'employeur
4. Les spécialistes de la santé au travail ne sont pas impliqués dans le maintien et dans la réintégration des salariés malades	• Limiter les bilans de santé réguliers afin de libérer des ressources pour les cas de maladie • Supprimer la possibilité de licencier sans préavis un employé en arrêt maladie • Veiller à ce que les spécialistes de la santé au travail aient un rôle à jouer dans la formation et l'accompagnement sur le tas
5. Les mutualités restent trop passives dans la gestion des absences pour maladie	• Faire en sorte que les mutualités prennent en charge les mesures d'activation des bénéficiaires de prestations de maladie et d'invalidité • Renforcer leurs obligations concernant le suivi des maladies • Rendre systématique la coopération entre le médecin-conseil de la mutualité et le médecin du travail ou, si la réintégration s'avère impossible, avec les services publics de l'emploi

Récapitulatif des principales recommandations de l'OCDE concernant la Belgique *(suite)*

Principaux enjeux	Recommandations
6. Absence de mesures axées sur le retour au travail des bénéficiaires d'une allocation d'invalidité, dont beaucoup souffrent de troubles mentaux	• Élargir la portée des évaluations relatives à l'admissibilité des demandes de prestations de manière à prendre en compte l'aptitude au travail du demandeur • Renforcer, en coopération avec les services publics de l'emploi, les mesures de réinsertion concernant ces personnes • Éliminer les mesures qui dissuadent fortement les bénéficiaires de l'allocation pour enfant handicapé de commencer à travailler
7. Les services publics de l'emploi sont davantage sensibilisés à la question des troubles mentaux, mais les programmes qu'ils mettent en place n'enregistrent à ce jour qu'un succès limité	• Instaurer un cadre juridique permettant une meilleure coopération entre les services publics de l'emploi et le secteur de la santé et de la protection sociale • Financer l'extension des programmes des services publics de l'emploi aux *i)* salariés ; *ii)* personnes atteintes de troubles mentaux modérés ; *iii)* bénéficiaires de prestations d'aide sociale ou d'invalidité
8. Le secteur de la santé mentale reste fortement axé sur les soins hospitaliers pour les personnes atteintes de troubles graves	• Faire de la coopération avec les services publics de l'emploi un élément de la réforme actuelle du secteur de la santé mentale • Développer les réseaux de soins continus dans l'ensemble de la Belgique • Créer un statut protégé par la loi pour les psychothérapeutes et rembourser les séances de psychothérapie

Chapitre 1

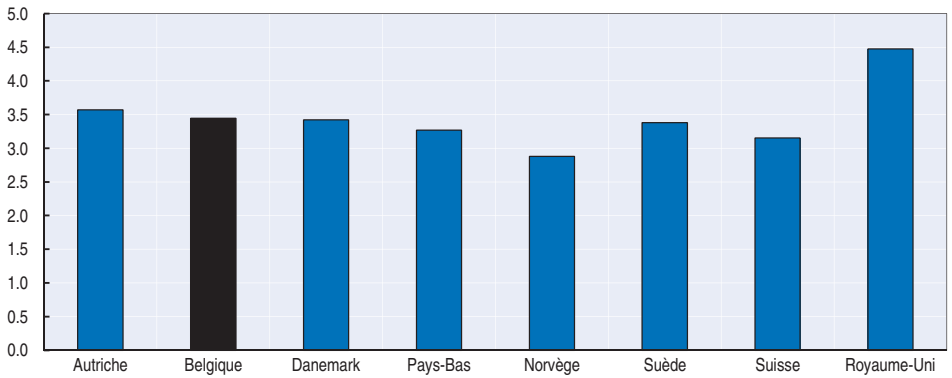
Les défis posés par la santé mentale et l'emploi en Belgique

En s'inspirant des conclusions du rapport publié récemment par l'OCDE sous le titre Mal-être au travail ?*, le présent chapitre met en évidence les principaux défis à relever dans le domaine de la santé mentale et de l'emploi, et donne un aperçu des résultats qu'obtiennent actuellement les personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché du travail belge, par rapport à d'autres pays de l'OCDE, en termes d'emploi, de chômage et de situation financière. Le chapitre décrit aussi le rôle des différents niveaux d'administration et celui du régime de prestations sociales de la Belgique. Il s'achève sur l'examen des avantages et des problèmes liés au rôle prépondérant du système d'allocations de chômage pour les personnes atteintes de troubles mentaux.*

Les troubles mentaux constituent un défi important pour le bon fonctionnement des politiques des pays de l'OCDE concernant le marché du travail et les questions sociales. Cet enjeu n'a pas été suffisamment pris en compte à ce jour, signe d'une stigmatisation et de tabous très répandus. Les coûts totaux estimés (directs et indirects) des problèmes de santé mentale génèrent des coûts élevés pour la société ; ils atteignent en effet 3-4.5 % du PIB dans plusieurs pays de l'OCDE, et plus précisément 3.4 % en Belgique (graphique 1.1)[1]. La plupart de ces coûts ne concernent pas le secteur de la santé : les coûts indirects revêtant la forme de pertes d'emplois et d'une diminution des performances et de la productivité au travail, dépassent de beaucoup les coûts directs de santé : calculés à partir des estimations détaillées de Gustavsson *et al.* (2011), les coûts indirects, les coûts médicaux directs et les coûts directs non médicaux s'élèvent respectivement à 53 %, 36 % et 11 % du total des coûts que font peser sur la société les problèmes de santé mentale.

Graphique 1.1. **Les troubles mentaux entraînent des coûts très importants pour la société**

Coûts liés aux troubles mentaux, en pourcentage du PIB du pays, 2010



Note : Les estimations présentées dans cette étude ont été établies par type de maladie, et couvrent la totalité des principales catégories de troubles mentaux, ainsi que les troubles cérébraux. Le graphique tient compte exclusivement des troubles mentaux.

Source : Compilation établie par l'OCDE à partir de l'étude de Gustavsson, A., M. Svensson, F. Jacobi *et al.* (2011), « Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology,* vol. 21, pp. 718-779 pour les estimations de coûts, et d'Eurostat pour le PIB.

Introduction

Selon le rapport *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* publié récemment par l'OCDE, les politiques publiques doivent s'attacher à résoudre plus efficacement ces difficultés, de manière à

permettre une meilleure intégration, sur le marché du travail, des personnes atteintes de troubles mentaux. Il conviendra d'accorder davantage d'attention aux troubles légers ou modérés, aux troubles affectant les personnes en activité et celles qui n'ont pas d'emploi, ainsi qu'à la possibilité de prendre des mesures volontaristes pour les aider à se maintenir dans leur emploi ou à en trouver un. Cette conclusion repose sur différentes constatations, notamment :

- La plupart des personnes souffrant de troubles mentaux travaillent.
- Parmi les personnes qui présentent des troubles mentaux, bon nombre souhaitent travailler.
- Les problèmes de santé mentale induisent d'importantes pertes de productivité au travail.
- Les bénéficiaires d'allocations de chômage ou de prestations sociales présentent souvent une mauvaise santé mentale.
- Les troubles mentaux représentent une part croissante des cas d'incapacité à travailler, de maladie et d'invalidité.
- Un traitement adapté peut améliorer la situation de ces personnes au regard de l'emploi ; or, les traitements sont souvent insuffisants.

Dans ce rapport, on entend par « troubles mentaux » une maladie mentale qui atteint le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic d'après les systèmes de classification en psychiatrie, comme la Classification internationale des maladies (CIM-10), utilisée depuis le milieu des années 90 (la CIM-11 est en cours d'élaboration). Selon cette définition, environ 20 % de la population d'âge actif dans un pays moyen de l'OCDE souffrent de troubles mentaux, la prévalence sur la durée de la vie pouvant même atteindre 40-50 % (voir l'encadré 1.1).

Il est indispensable, pour définir des politiques appropriées, de bien comprendre ce qui caractérise la mauvaise santé mentale. Les principaux critères des troubles mentaux sont : l'apparition précoce, la gravité, la persistance et le caractère chronique, un degré élevé de récurrence et la coexistence fréquente d'affections physiques ou d'autres troubles psychologiques. Plus la pathologie est grave, persistante et associée à d'autres maladies, plus le degré d'incapacité lié aux troubles mentaux est élevé et plus l'impact potentiel sur l'aptitude de la personne à travailler est important[2].

Encadré 1.1. **Mesurer les troubles mentaux**

Les données administratives (données cliniques et données relatives aux bénéficiaires de prestations d'invalidité) comprennent généralement un code de classification du diagnostic du patient ou bénéficiaire, fondé sur la CIM-10. Les éléments permettant d'évaluer l'existence d'un trouble mental sont alors facilement accessibles. C'est également le cas en Belgique. Toutefois, ces données administratives ne tiennent pas compte des variables sociales et économiques détaillées qui sont nécessaires pour mesurer les résultats sur le marché du travail, et ne concernent qu'une partie de l'ensemble des personnes présentant des troubles mentaux.

À l'inverse, les résultats d'enquêtes comportant suffisamment d'informations sur les variables socio-économiques ne contiennent le plus souvent que des données subjectives sur l'état de santé mentale des individus qui composent l'échantillon. L'existence d'un trouble mental peut être mesurée, dans de telles enquêtes, au moyen d'une série de questions portant sur l'irritabilité, la nervosité, l'insomnie, le désespoir, le bonheur, la dévalorisation, etc. Ces questions permettent de repérer les personnes en bonne ou mauvaise santé mentale. S'agissant de l'étude de l'OCDE sur la santé mentale et l'emploi, on considère que les 20 % de la population qui présentent les valeurs les plus élevées pour chaque critère souffrent d'un trouble mental au sens clinique du terme, ce trouble étant « grave » pour les 5 % supérieurs et « léger à modéré » ou « courant » pour les 15 % restants.

Cette méthodologie permet de comparer les instruments utilisés pour des enquêtes ou dans des pays différents. L'étude de l'OCDE (2012) et le site *www.oecd.org/els/invalidite* fournissent une description et une justification plus détaillées de cette approche (dont l'objectif consiste à mesurer les résultats, au plan social et professionnel, des personnes souffrant de troubles mentaux, et non la prévalence de ces troubles en tant que tels) et donnent un aperçu des implications possibles.

S'agissant de la Belgique, les données utilisées dans ce rapport proviennent de trois enquêtes différentes : 1) l'*Enquête belge sur la santé par interview* de 1997, 2001 et 2008 ; la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur l'échelle GHQ-12 du Questionnaire général de santé (*General Health Questionnaire*), outil d'évaluation des troubles psychiatriques non psychotiques et version abrégée de l'échelle complète GHQ-60. 2) l'*Eurobaromètre* 2005 et 2010 : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur une série de neuf critères : se sentir plein de vie, se sentir tendu, se sentir déprimé, se sentir calme et détendu, avoir beaucoup d'énergie, se sentir découragé et dépressif, se sentir épuisé, se sentir heureux, se sentir fatigué. 3) l'*Enquête européenne sur les conditions de travail* (EECT) *pour* 2010 : la variable relative aux troubles mentaux repose sur une série de cinq critères : se sentir joyeux, se sentir calme, se sentir actif, se sentir frais et dispos au réveil, avoir une vie pleinement satisfaisante.

L'une des difficultés particulières auxquelles se heurtent les responsables publics tient au nombre de cas qui ne sont pas décelés, révélés ou identifiés – un problème qui découle directement des préjugés associés à la maladie mentale. Cependant, il n'est pas toujours possible de déterminer clairement si une identification plus rapide et plus complète permettrait

systématiquement d'améliorer les résultats, ou si elle contribuerait au contraire à étiqueter et à stigmatiser les populations concernées. Il s'ensuit qu'il importe davantage d'atteindre les personnes souffrant de troubles mentaux que de les étiqueter comme telles, et que les politiques évitant cette classification peuvent parfois donner les meilleurs résultats.

Selon l'étude *Mal-être au travail* ?, la réforme doit s'articuler autour de deux grands axes. Premièrement, les politiques publiques doivent privilégier la prévention, l'identification des besoins et l'intervention à différents stades du cycle de vie, notamment lors du passage à la vie active, sur le lieu de travail et lorsqu'un salarié est sur le point de perdre son emploi ou d'entrer dans le régime des prestations sociales. Deuxièmement, il importe de prendre des mesures en vue de l'intégration (ou d'une meilleure coordination) des services de santé et de l'emploi et, au besoin, d'autres services sociaux afin de s'attaquer à ces problèmes parmi les personnes présentant des troubles mentaux.

Malgré les coûts élevés que génère manifestement une mauvaise santé mentale, ni les politiques ni les institutions ne prêtent une attention suffisante aux problèmes posés par les troubles mentaux. Le rapport recense quatre priorités essentielles, auxquelles les politiques publics doivent s'intéresser d'urgence afin de limiter au maximum les graves conséquences que les troubles mentaux peuvent avoir pour la société :

- *Le rôle des établissements scolaires* dans la protection et la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes, et celui des services proposés pendant les périodes de transition afin d'aider les jeunes vulnérables à s'intégrer avec succès dans le marché du travail.
- *Le rôle du lieu de travail* dans la protection et la promotion de la santé mentale, afin de prévenir l'apparition de la maladie, la perte de productivité au travail et la sortie du marché du travail.
- *Le rôle des services publics de l'emploi* pour les bénéficiaires de prestations de maladie, d'invalidité ou de chômage de longue durée qui ne travaillent pas.
- *Le rôle des services de psychiatrie* fournis de manière à aider les patients d'âge actif à se maintenir dans l'emploi ou à reprendre le travail.

Compte tenu de ces défis et de ces domaines d'action prioritaires, le présent rapport examine comment les politiques publiques et les institutions de la Belgique abordent les questions liées aux troubles mentaux et à l'emploi.

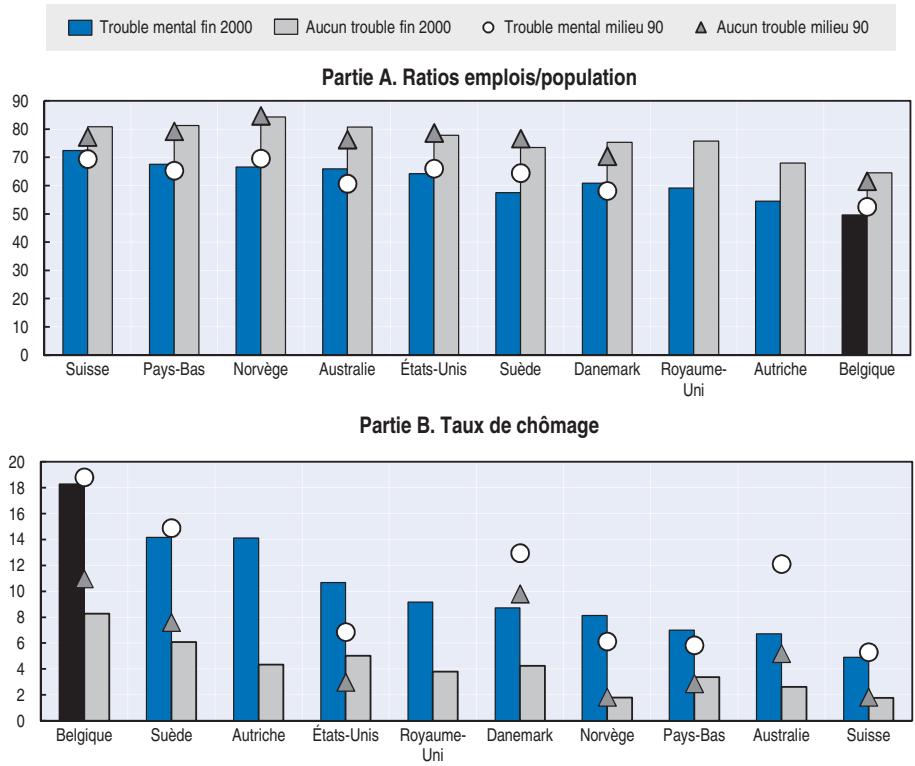
La structure du rapport se présente comme suit. Les sections suivantes de ce chapitre présente le contexte général, et notamment : *i*) examine certains des principaux résultats enregistrés en Belgique au bénéfice des personnes atteintes de troubles mentaux ; *ii*) aborde les compétences des différents niveaux d'administration – État fédéral, communauté et région – en matière d'éducation, de politique sociale, d'emploi et de politique de santé mentale ; *iii*) expose les principaux systèmes mis en place pour les personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier le régime de prestations de maladie-invalidité et les services publics de l'emploi. Les autres chapitres analysent, en se plaçant dans l'optique de l'ensemble de la vie, les enjeux auxquels les pouvoirs publics belges sont confrontés en ce qui concerne la problématique de la santé mentale et de l'emploi. Le chapitre 2 s'intéresse à la période précédant l'entrée sur le marché du travail, donc au système éducatif et aux établissements scolaires, ainsi qu'à la transition vers l'emploi. Le chapitre 3 porte sur la situation sur le lieu de travail et sur les mesures qui incombent à l'employeur. Le chapitre 4 étudie le rôle des différentes parties prenantes du système d'assurance maladie-invalidité, et le chapitre 5 traite plus particulièrement du régime d'allocations aux personnes handicapées. Le chapitre 6 évalue le régime d'allocations chômage, et le dernier chapitre, le chapitre 7, porte sur le rôle et la contribution du système de santé mentale dans ces différents contextes.

Grandes tendances et résultats

À l'instar de ce qui a été constaté dans d'autres pays de l'OCDE, les personnes souffrant de troubles mentaux en Belgique sont moins susceptibles d'occuper un emploi que celles qui n'ont aucun problème de cet ordre, les taux d'emploi pour les deux catégories s'établissant à 50 % et 65 % respectivement (graphique 1.2, partie A). Alors même que la situation du marché du travail s'était globalement améliorée avant l'éclatement de la Grande Récession en 2008, le taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux en Belgique a décliné entre 1997 et 2008. En conséquence, l'écart de taux d'emploi entre cette catégorie et celle des personnes qui n'ont pas de problèmes de santé mentale s'est creusé, passant de 9 à 15 points de pourcentage (il n'existe pas de données ventilées selon l'état de santé mentale après 2008).

À l'échelle de la zone OCDE, les taux de chômage sont fréquemment entre deux et trois fois plus élevés parmi les personnes qui ont des problèmes de santé mentale que parmi celles qui n'en ont pas (graphique 1.2, partie B). En Belgique, le taux de chômage pour la première catégorie s'élevait à 18 % en 2008, contre 8 % pour la seconde catégorie (il n'existe pas de données ventilées selon l'état de santé mentale après 2008). Nombre de personnes atteintes de troubles mentaux souhaiteraient donc travailler mais ont du mal à trouver un emploi ou à le conserver.

Graphique 1.2. **Les résultats sur le marché du travail se sont améliorés en Belgique avant la Grande Récession, sauf pour les personnes atteintes de troubles mentaux, milieu des années 90 et fin des années 2000**

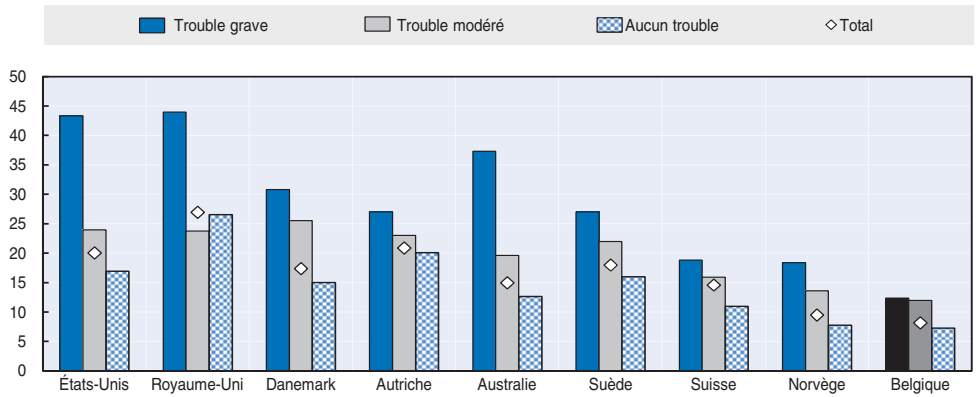


Source : Calculs effectués par l'OCDE sur la base d'enquêtes nationales sur la santé. Australie : Enquête nationale sur la santé 2001 et 2007/08 ; Autriche : Enquête par entretien sur la santé 2006/07 ; Belgique : Enquête de santé par interview 1997 et 2008 ; Danemark : Enquête nationale par entretien sur la santé 1994 et 2005 ; Pays-Bas : Enquête sur la santé POLS 2001/03 et 2007/09 ; Norvège : Enquête sur le niveau de vie et la santé 1998 et 2008 ; Suède : Enquête sur les conditions de vie 1994/95 et 2009/10 ; Suisse : Enquête sur la santé 2002 et 2007 ; Royaume-Uni : Enquête sur la morbidité psychiatrique chez les adultes 2007 ; États-Unis : Enquête nationale par entretien sur la santé 1997 et 2008.

Parce que leur situation sur le marché du travail est plus précaire, les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus exposées au risque de pauvreté liée au revenu relatif que la population en moyenne. De l'ordre de 12 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves ou modérés vivent dans un foyer dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté, contre 7 % des personnes qui n'ont pas de problèmes de santé mentale (graphique 1.3). Néanmoins, aussi bien le risque de pauvreté global que les écarts de risque de pauvreté entre personnes ne jouissant pas du même état de santé mentale sont plutôt faibles en Belgique en comparaison des autres pays de l'OCDE.

Graphique 1.3. **Les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus exposées au risque de pauvreté**

Risque de pauvreté[a] des personnes présentant ou non un trouble mental grave ou modéré, dernière année disponible

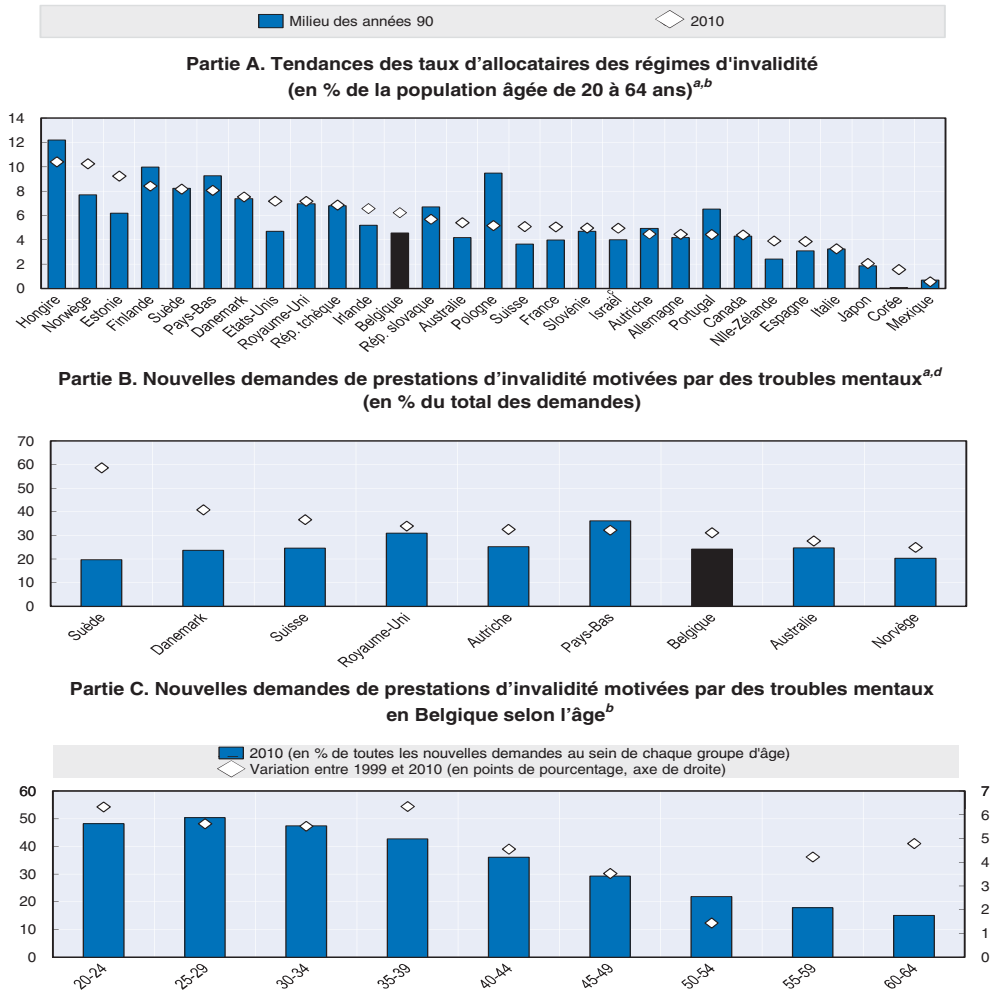


a. Pourcentage de personnes vivant dans un foyer dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté (fixé à 60 % du revenu médian).

Source : Calculs effectués par l'OCDE sur la base d'enquêtes nationales sur la santé. Australie : Enquête nationale sur la santé 2007/08 ; Autriche : Enquête par entretien sur la santé 2006/07 ; Belgique : Enquête de santé par interview 2008 ; Danemark : Enquête nationale par entretien sur la santé 2005 ; Pays-Bas : Enquête sur la santé POLS 2007/09 ; Norvège : Enquête sur le niveau de vie et la santé 2008 ; Suède : Enquête sur les conditions de vie 2009/10 ; Suisse : Enquête sur la santé 2007 ; Royaume-Uni : Enquête sur la santé en Angleterre 2006 ; États-Unis : Enquête nationale par entretien sur la santé 2008.

Parallèlement, le nombre absolu de bénéficiaires de prestations d'invalidité et la part des nouvelles demandes de prestations d'invalidité motivées par un trouble mental augmentent rapidement. À la fin des années 2000, 6.2 % de la population âgée de 20 à 64 ans en Belgique bénéficiaient de prestations de maladie ou d'invalidité, contre 4.6 % au milieu des années 90 (graphique 1.4, partie A). La hausse du nombre de demandes de prestations d'invalidité en Belgique s'explique en majeure partie par le relèvement de l'âge de la retraite des femmes, passé de 60 ans en 1997 à 65 ans en 2009 (Jousten *et al.*, 2011). Cependant, fait plus important et qui rejoint les tendances observées dans de nombreux pays de l'OCDE, une part croissante des nouvelles demandes de prestations d'invalidité est sous-tendue par une mauvaise santé mentale – près d'un tiers de l'ensemble des nouvelles demandes en Belgique en 2010 (graphique 1.4, partie B). Fait inquiétant, c'est parmi les jeunes gens (20 à 39 ans) que la hausse a été la plus marquée : la part des nouvelles demandes motivées par des problèmes de santé mentale dans ce groupe d'âge y atteignait presque 50 % en 2010, contre environ 20 % chez les 50-64 ans (graphique 1.4, partie C).

Graphique 1.4. **Augmentation rapide des demandes de prestations d'invalidité motivées par des troubles mentaux**



a. Pour la Norvège, l'allocation temporaire est prise en compte dans la partie A mais non pas dans la partie B.

b. Les données se réfèrent à 2005 pour la Luxembourg, à 2007 pour le Canada, la France, l'Italie et la Pologne, à 2008 pour l'Australie, l'Autriche, le Japon, la Corée et la Slovénie et à 2009 pour l'Allemagne, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la République slovaque, le Royaume-Uni et les États-Unis.

c. Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

d. Pour la Belgique, les Pays-Bas et la Suède, les statistiques incluent le retard mental, les troubles organiques et les troubles non spécifiés.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur l'incapacité et questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

Bien que l'incapacité due à des troubles mentaux gagne du terrain, une multitude de données empiriques épidémiologiques et cliniques montre que la prévalence des troubles mentaux n'a pas augmenté dans les pays de l'OCDE. Le récent rapport de l'OCDE *Mal-être au travail ?* (OCDE, 2012) conclut que le poids croissant des troubles mentaux parmi les causes sous-jacentes des nouvelles demandes de prestations d'invalidité résulte en partie d'une meilleure prise de conscience de ces troubles et de l'interprétation souvent fausse selon laquelle les troubles mentaux entraîneraient une incapacité de travail élevée et permanente. Cela étant, les exigences des employeurs vis-à-vis de leurs employés se sont renforcées ou modifiées, de sorte qu'il est de plus en plus difficile pour les personnes souffrant de troubles mentaux d'effectuer correctement leur travail.

Description du système de protection sociale de la Belgique

La structure de l'État fédéral

La Belgique est un État fédéral composé de trois communautés, la Communauté flamande, la Communauté française et la Communauté germanophone (graphique 1.5, partie A), et de trois régions, la Région de Bruxelles-Capitale, officiellement bilingue, la Région flamande, qui est néerlandophone, et la Région wallonne, qui est francophone et germanophone (graphique 1.5, partie B).

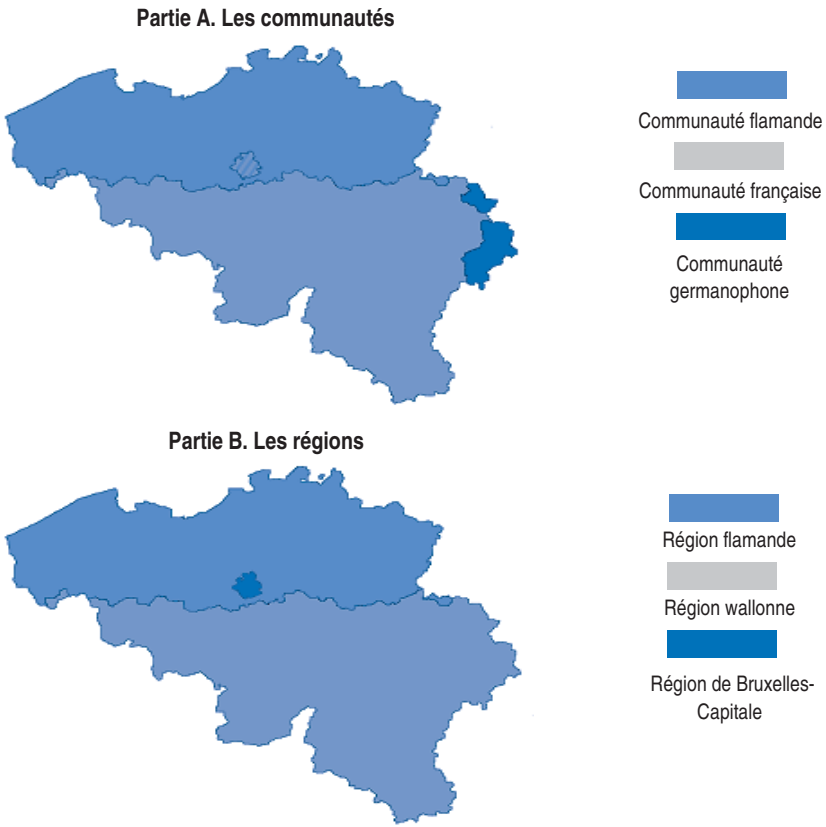
Les principales institutions fédérales sont le gouvernement fédéral et le Parlement fédéral (composé d'une Chambre des représentants et d'un Sénat). Les communautés et les régions ont leur propre gouvernement et parlement. Cependant, la Région flamande a transféré toutes ses compétences constitutionnelles à la Communauté flamande immédiatement après son établissement en 1980 afin de faciliter la coopération entre les services en charge des affaires communautaires et régionales. Il n'y a donc qu'un Gouvernement flamand et qu'un Parlement flamand.

Les trois communautés linguistiques jouissent de compétences dans différents domaines de la politique publique, tels que les politiques d'aide à la famille et à l'enfance, l'éducation, la culture et certains aspects des soins de santé.

Les trois régions se focalisent essentiellement sur les questions d'ordre économique ou local telles que l'emploi, les travaux publics, l'agriculture, l'aménagement du territoire et l'environnement. La sixième réforme institutionnelle de 2011 (qui doit être mise en œuvre après 2014) prévoit une poursuite de la décentralisation des ressources et des politiques vers

les régions et les communautés, qui se verront confier davantage de pouvoirs décisionnels dans les domaines du marché du travail, des prestations familiales et autres (les domaines qui entrent dans le champ de ce rapport seront examinés dans les sections idoines). La sécurité sociale, en revanche, reste un domaine de compétence clé de l'État fédéral. Les détails et les modalités exactes de mise en œuvre de la réforme sont encore en discussion.

Graphique 1.5. **La structure de l'État fédéral belge**



Note : Cette carte est fournie à titre illustratif et ne préjuge en rien du statut d'un territoire représenté sur cette carte ou de la souveraineté sur ce dernier.

Source : D'après Wikipedia, *http://en.wikipedia.org/wiki/Communities,_regions_and_language_areas_of_Belgium*.

La protection sociale en Belgique

La protection sociale en Belgique se subdivise en deux grandes catégories : *i) la sécurité sociale*, c'est-à-dire les soins médicaux, les indemnités d'assurance maladie-invalidité, les pensions, l'assurance chômage, les allocations familiales, l'assurance contre les accidents du travail, l'assurance contre les maladies professionnelles et les congés annuels ; et *ii) l'aide sociale*, c'est-à-dire le revenu d'intégration sociale, la garantie de revenus aux personnes âgées, les allocations aux personnes handicapées et les prestations familiales garanties. Le système de sécurité sociale comprend trois grands régimes caractérisés par des différences de couverture et de niveau de protection sociale considérables : un pour les salariés, un pour les travailleurs indépendants et un pour les fonctionnaires. Il n'entre pas dans le champ de ce rapport d'examiner les systèmes d'assurance sociale des travailleurs indépendants et des fonctionnaires ; pour de plus amples détails, le lecteur est invité à se référer au guide de la sécurité sociale belge publié par le Service public fédéral Sécurité sociale (2011).

L'assurance maladie publique est organisée et coordonnée à l'échelon fédéral par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Contrairement à la situation qui prévaut dans la plupart des pays de l'OCDE, un seul et même organisme gère les indemnités de maladie (pendant la première année) et les indemnités d'invalidité (à partir de la deuxième année), et tous les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité touchent pendant un an des indemnités de maladie (l'encadré 1.2 récapitule les conditions d'admissibilité et les niveaux de prestation). Au niveau opérationnel, l'INAMI repose sur différents prestataires mutualistes agréés (les mutualités) qui servent d'interface entre le système d'assurance maladie et l'assuré, et des mécanismes de rééquilibrage financier sont en place pour corriger les différences intrinsèques qui existent entre les pools de risques des divers prestataires. Au-delà de leur rôle d'agents payeurs de l'INAMI, les mutualités sont les principaux régulateurs d'accès aux indemnités de maladie-invalidité.

En marge des indemnités d'assurance maladie-invalidité versées par l'INAMI, les personnes handicapées ayant une capacité de gains réduite ont droit à deux types d'allocations non contributives, servies par le Service public fédéral Sécurité sociale (l'encadré 1.2 récapitule les niveaux d'indemnisation et critères d'admissibilité).

Encadré 1.2. **Conditions d'admissibilité et taux d'indemnisation pratiqués par une sélection de régimes de prestations belges**

Allocations de chômage

Pour percevoir des allocations de chômage, un demandeur d'emploi doit avoir travaillé pendant plus d'un an au cours des 27 mois précédant sa demande, la durée minimale d'emploi requise augmentant avec l'âge – par exemple, un travailleur ayant entre 36 et 49 ans doit avoir travaillé 468 jours au cours des 27 mois précédant la demande. Les personnes qui se retrouvent en situation de chômage volontaire peuvent être temporairement privées de prestations pendant une période de quatre à 52 semaines. L'admissibilité n'est pas déterminée uniquement par les cotisations déjà versées par le demandeur au régime, puisque les diplômés de l'enseignement supérieur peuvent s'inscrire au chômage sans avoir jamais cotisé. Les périodes d'attente pour les jeunes diplômés de moins de 18 ans, de 18 à 25 ans et de 26 à 29 ans sont de 155, 233 et 310 jours respectivement.

Indemnités d'assurance maladie-invalidité

Pour pouvoir prétendre à des indemnités d'assurance maladie-invalidité, un salarié doit avoir totalisé 120 jours de travail (les congés payés et congés de maladie sont comptabilisés dans le temps de travail) au cours des six derniers mois et avoir cotisé pendant une durée minimum. L'admissibilité aux indemnités de maladie-invalidité est déterminée sur la base d'une définition médico-économique : des lésions/troubles fonctionnels ou leur aggravation doivent entraîner une réduction de la capacité de gains du travail d'au moins 66 %. Tout emploi que la personne a occupé ou pourrait occuper au regard de ses qualifications et de son expérience est pris en considération. Cependant, si la maladie suit une évolution favorable, seule l'activité professionnelle habituelle est prise en compte durant les six premiers mois pour déterminer la perte de capacité de gains. Au-delà de cette période,.

Allocations aux personnes handicapées

Les allocations de remplacement de revenus et d'intégration sont des prestations non contributives réservées aux personnes handicapées. Une allocation de remplacement de revenus peut être accordée à une personne handicapée si sa capacité d'acquérir des revenus par le travail ne dépasse pas un tiers de celle d'une personne en bonne santé. L'allocation d'intégration est déterminée par la perte d'autonomie consécutive au handicap, lequel est évalué en vertu de critères médico-sociaux. Ces deux allocations sont soumises à des conditions de ressources et dépendent de la situation familiale. L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration peuvent être versées conjointement ou séparément, et elles peuvent être cumulées avec d'autres prestations.

Encadré 1.2. **Conditions d'admissibilité et taux d'indemnisation pratiqués par une sélection de régimes de prestations belges** *(suite)*

Taux d'indemnisation et montant maximum des prestations, 2011

	Allocataire avec au moins une personne à charge[a]	Personne isolée[b]	Cohabitant[c]
	Taux d'indemnisation en % des gains antérieurs		
Allocation de chômage			
1re année	60	60	60
2e année (trois premiers mois)	60	55	40
après le 3e mois de la 2e année	60	55	somme forfaitaire[d]
Assurance maladie-invalidité			
Indemnités de maladie	60	60	60
Indemnités d'invalidité	65	60	40
	Montant maximum des prestations par mois (EUR)		
Allocation d'invalidité			
Allocation de remplacement du revenu	1007	755	504
(en % du salaire moyen)	(30%)	(22%)	(15%)
Allocation d'intégration	828	828	828
(en % du salaire moyen)	(25%)	(25%)	(25%)

a. Travailleur vivant avec une ou plusieurs personnes qui n'ont pas de revenus d'activité professionnelle ou autres.

b. Travailleur vivant seul.

c. Travailleur qui ne vit pas seul et n'a pas de personnes à charge ; les cohabitants sont des personnes qui vivent ensemble sous le même toit et règlent en commun leurs questions ménagères.

d. L'allocation forfaitaire était de 465 EUR par mois au 1er juillet 2011 (soit environ 14 % du salaire moyen). Si le bénéficiaire a travaillé pendant au moins 20 ans ou si son incapacité de travail permanente est d'au moins 33 %, le montant de la prestation s'élève à 40 % des revenus antérieurs. En outre, sous certaines conditions, un cohabitant peut se voir privé de ses allocations de chômage si sa période de chômage dépasse 1.5 fois la moyenne régionale pour son groupe d'âge ou son sexe.

Source : Belgique 2010, Prestations et salaires : Les indicateurs de l'OCDE, www.oecd.org/els/social/prestationsetsalaires, et Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

L'allocation de remplacement de revenus est principalement destinée aux personnes qui n'ont jamais ou n'ont pas suffisamment travaillé pour satisfaire les exigences du régime d'assurance invalidité en termes de durée de cotisation, mais elle peut également être versée en complément d'autres prestations destinées aux personnes d'âge actif si le revenu du ménage est inférieur à un certain seuil. L'allocation d'intégration est accordée aux personnes qui, du fait de leur handicap, sont confrontées à des difficultés supplémentaires dans leurs activités quotidiennes. Ces deux allocations sont indépendantes l'une de l'autre et peuvent être cumulées avec d'autres prestations.

Le versement des allocations de chômage est une compétence fédérale qui incombe à l'Office national de l'emploi (ONEM). En revanche, les politiques de placement et les politiques actives du marché du travail relèvent entièrement des services publics régionaux de l'emploi – VDAB (*Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding*) en Flandre, Actiris à Bruxelles et Forem en Wallonie – ce qui suppose d'importants besoins de coordination. En outre, les syndicats jouent un rôle opérationnel non négligeable en qualité d'agents payeurs officiels pour le compte de leurs membres. De leur côté, les personnes sans emploi non syndiquées perçoivent leurs allocations auprès d'un autre organisme public, la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage. Les allocations sont calculées sur la base des revenus antérieurs à concurrence d'un certain plafond et versées sans limite de durée, avec des taux de paiement initiaux identiques à ceux des indemnités d'invalidité (*cf.* encadré 1.2). Pour continuer à percevoir les allocations chômage, il faut satisfaire les conditions de recherche d'emploi et de disponibilité pour l'emploi ; ces conditions ne sont toutefois pas appliquées à l'ensemble des bénéficiaires (par exemple, les chômeurs de plus de 50 ans en étaient dispensés jusqu'à la fin de 2011).

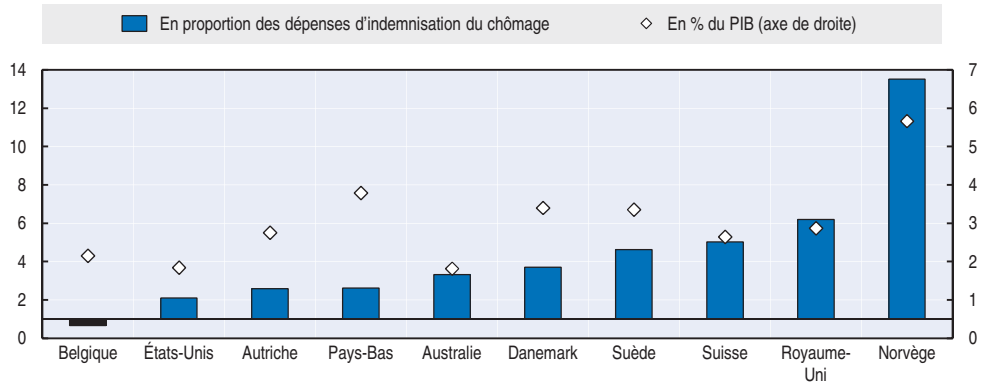
L'importance du régime d'allocations de chômage pour les personnes souffrant de troubles mentaux

Parmi ces personnes, toutes celles qui ne parviennent pas à trouver un emploi n'entrent pas en invalidité : bon nombre d'entre elles reçoivent d'autres types de prestations accessibles aux personnes d'âge actif, comme les allocations de chômage ou l'aide sociale. Contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des autres pays de l'OCDE, le montant global consacré par la Belgique aux prestations d'invalidité et de maladie est inférieur aux dépenses liées au chômage (graphique 1.6 ; voir l'annexe pour des statistiques plus détaillées sur l'ensemble des pays de l'OCDE). Par ailleurs, en Belgique, parmi les personnes souffrant d'un problème mental modéré, celles qui perçoivent une allocation de chômage sont plus nombreuses que les

bénéficiaires de prestations d'invalidité ; en outre, une part relativement importante des individus atteints de troubles psychologiques graves touchent des indemnités de chômage, alors qu'ils percevraient plutôt une pension d'invalidité dans d'autres pays de l'OCDE (graphique 1.7).

Graphique 1.6. **La Belgique dépense moins pour les prestations d'invalidité et de maladie que pour le chômage**

Dépenses consacrées aux prestations d'invalidité et de maladie en pourcentage du PIB et en proportion des dépenses d'indemnisation du chômage, 2009



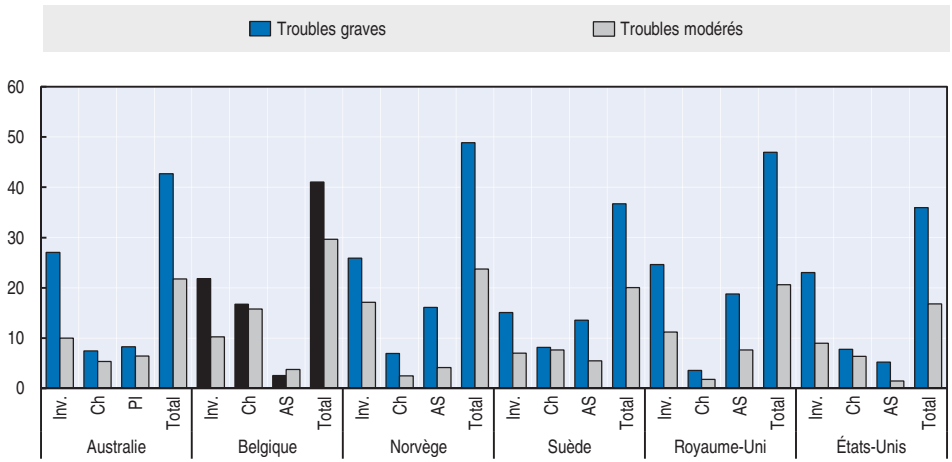
Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales (SOCX), www.oecd.org/els/social/depenses.

En Belgique, le rôle essentiel des prestations de chômage pour les personnes atteintes de troubles mentaux s'explique par plusieurs facteurs. Premièrement, le fait que les allocations de chômage ne soient pas limitées dans le temps rend le régime d'invalidité – dont les modalités d'octroi sont plus rigoureuses – moins attractif pour ces personnes. Les bénéficiaires d'allocations de chômage ont l'obligation de chercher activement un emploi et peuvent voir leurs prestations interrompues s'ils ne coopèrent pas ; en revanche, une mauvaise santé mentale constitue une raison valable de refuser des offres d'emploi raisonnables, et les travailleurs sociaux jugent souvent inacceptable de pénaliser les allocataires de longue durée qui ne parviennent pas à reprendre un travail et qui cumulent différents problèmes (dont les troubles mentaux font souvent partie) (voir, sur ce point, le chapitre 6). Tous les chômeurs présentant des troubles mentaux ne peuvent prétendre à une pension d'invalidité (surtout lorsque les troubles sont modérés), et à supposer qu'ils remplissent les critères, le passage au régime d'invalidité prend du temps, ce qui peut parfois conduire à une suspension temporaire des prestations. Deuxièmement, les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont soumis à des contrôles réguliers visant à déterminer si leur

état s'améliore (selon une fréquence établie par le médecin-conseil ; voir le chapitre 4), ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le système de prestations de chômage. Il en résulte que ce dernier peut sembler plus pérenne et plus sûr que le régime d'invalidité pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Troisième facteur : les bénéficiaires de l'assurance chômage présentant des problèmes de santé (mentale) ne sont guère incités, d'un point de vue financier, à solliciter des indemnités de maladie ou une pension d'invalidité, car les montants sont *grosso modo* comparables (voir l'encadré 1.2 ci-dessus). Depuis novembre 2012, toutefois, les allocations de chômage sont plus dégressives et moins généreuses que les prestations d'invalidité, ce qui pourrait encourager les individus qui ont des problèmes de santé à solliciter plutôt des indemnités de maladie ou d'invalidité.

Graphique 1.7. **Beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux en Belgique perçoivent des allocations de chômage**

Proportions d'individus qui perçoivent une prestation d'invalidité (Inv.), une allocation de chômage (Ch.), une prestation d'aide sociale (AS) ou allocation de parent isolé (PI), selon l'état de santé mentale, répartition au cours de la dernière année disponible



Note : Pour la Belgique, sont incluses parmi les bénéficiaires de prestations d'invalidité les personnes qui reçoivent des indemnités de maladie, des indemnités d'assurance invalidité et des allocations aux personnes handicapées.

Source : Calculs effectués par l'OCDE sur la base d'enquêtes nationales sur la santé. Australie : Enquête nationale sur la santé 2007/08 ; Autriche : Enquête par entretien sur la santé 2006/07 ; Belgique : Enquête de santé par interview 2008 ; Danemark : Enquête nationale par entretien sur la santé 2005 ; Pays-Bas : Enquête sur la santé POLS 2007/09 ; Norvège : Enquête sur le niveau de vie et la santé 2008 ; Suède : Enquête sur les conditions de vie 2009/10 ; Suisse : Enquête sur la santé 2007 ; Royaume-Uni : Enquête sur la morbidité psychiatrique chez les adultes 2007 ; États-Unis : Enquête nationale par entretien sur la santé 2008.

Le fait qu'un nombre élevé de personnes atteintes de troubles mentaux perçoivent une allocation de chômage présente certains avantages, mais exige aussi que les besoins de ce groupe de population soient mieux pris en considération. Certes, ces personnes restent en contact étroit avec le marché du travail et peuvent ainsi trouver plus facilement un emploi. En revanche, si les services publics de l'emploi (SPE) n'ont pas l'habitude de gérer les problèmes de santé mentale, ou ne disposent pas des ressources (humaines) nécessaires pour assurer un meilleur accompagnement, il est peu probable qu'ils parviennent à ramener les personnes concernées vers l'emploi. De plus, une pression accrue des SPE en faveur de la reprise d'une activité pourrait être un motif d'entrée en invalidité. Il faudra donc que les SPE et les mutualités coopèrent étroitement pour améliorer les résultats des personnes atteintes de troubles mentaux sur le marché du travail, un aspect qui sera abordé en détail dans les chapitres 4 et 6.

Conclusion

Les données disponibles font ressortir les points essentiels suivants :

- La situation du marché du travail s'est améliorée depuis le milieu des années 90 jusqu'au début de la Grande Récession, mais pas pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.
- La hausse du nombre de demandes de prestations d'invalidité enregistrée depuis quelques décennies s'explique principalement par le relèvement des l'âge de la retraite des femmes. Néanmoins, la part des nouvelles demandes de prestations d'invalidité motivées par des troubles mentaux est en augmentation rapide, particulièrement chez les bénéficiaires de moins de 40 ans.
- Les indemnités de maladie-invalidité sont gérées par un système unique. Dans ces conditions, s'attaquer au problème des absences pour maladie à un stade précoce peut se révéler une stratégie très efficace pour réduire au minimum les flux d'entrées en invalidité.
- Le régime d'allocations chômage joue un rôle de premier plan pour les personnes souffrant de troubles mentaux qui perdent leur emploi. Contrairement à la plupart des autres pays de l'OCDE, les dépenses liées à l'indemnisation du chômage sont supérieures à celles consacrées aux indemnités de maladie et d'invalidité, et les personnes souffrant de troubles mentaux modérés sont plus nombreuses à percevoir des allocations de chômage qu'à toucher des indemnités d'invalidité. L'avantage de ce système est que les personnes souffrant de troubles mentaux qui perdent leur emploi conservent des liens étroits avec le marché du travail.

Notes

1. Selon la définition qu'en donne le présent rapport, les troubles mentaux n'incluent pas les déficiences intellectuelles ; celles-ci comprennent divers déficits intellectuels, notamment le retard mental, divers états spécifiques (tels que certains troubles de l'apprentissage), et les problèmes apparus plus tard dans la vie à cause de lésions cérébrales ou de maladies neurodégénératives comme la démence. Les maladies mentales d'origine organique ne relèvent pas non plus du champ d'application de ce projet.

2. Le diagnostic compte également, mais tout type de problème mental peut être grave ou durable, ou s'accompagner d'autres troubles. La majorité des troubles mentaux sont « légers » ou « modérés », notamment la dépression et les troubles anxieux.

Références

Gustavsson, A., M. Svensson, F. Jacobi *et al.* (2011), « Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, pp. 718-779.

Jousten, A., M. Lefebvre et S. Perelman (2011), « Disability in Belgium: There is More than Meets the Eye », National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 17114, Cambridge, États-Unis.

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr*.

Service public fédéral Sécurité sociale (2011), « La Sécurité sociale : tout ce que vous avez toujours voulu savoir », Bruxelles, *http://socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/alwa/alwa2011_jan_fr.pdf*.

Chapitre 2

Le système éducatif belge

Ce chapitre évalue la capacité du système éducatif de la Belgique à accompagner les enfants et les jeunes présentant un trouble mental pendant leur scolarité et au moment d'entrer dans la vie active. Il examine les stratégies possibles pour éviter l'apparition de problèmes de santé mentale à l'école, ainsi que l'efficacité du système éducatif pour s'occuper des élèves concernés par ce type de troubles. Il aborde également les politiques axées sur les jeunes qui sortent prématurément du système scolaire et qui sont plus exposés à l'apparition de problèmes mentaux et, pour finir, étudie l'efficacité des programmes d'emploi censés encourager la demande de main-d'œuvre favorable aux jeunes vulnérables.

L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales pour la promotion d'une bonne santé mentale et la prévention des troubles mentaux. Une abondante documentation montre que des facteurs biologiques et des expériences psychosociales négatives durant l'enfance influent sur l'état de santé mentale des enfants et des jeunes (voir OCDE, 2012a, qui aborde le sujet). Les trois quarts de tous les troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 24 ans, un quart survenant dès l'âge de 7 ans (Kessler *et al*., 2005). La plupart de ces jeunes gens sont atteints d'une maladie mentale légère ou modérée et peuvent espérer mener une vie productive. Leurs problèmes de santé mentale peuvent toutefois avoir des effets négatifs sur leur éducation, et par conséquent, sur leur vie sociale et professionnelle d'adultes. En même temps, il existe un problème considérable de méconnaissance, de non-divulgation et de traitement insuffisant chez les adolescents et les jeunes adultes, le laps de temps qui s'écoule avant le premier traitement d'une maladie mentale étant d'environ 12 ans en moyenne (Kessler et Wang, 2008). Le système éducatif a dès lors un rôle potentiellement important à jouer dans l'identification rapide et la prise en charge des enfants présentant des problèmes de santé mentale (voir l'encadré 2.1 pour un bref aperçu du système éducatif en Belgique).

Encadré 2.1. **La politique de l'éducation est une affaire communautaire en Belgique**

La politique de l'éducation est une question communautaire en Belgique et le cadre institutionnel n'est pas le même dans les trois communautés linguistiques. L'enseignement primaire et secondaire est gratuit et les écoles sont financées par l'État. Il existe trois types d'établissements scolaires : *i)* les écoles communautaires (financées par les communautés linguistiques et neutres pour ce qui est des convictions religieuses, philosophiques ou idéologiques) ; *ii)* les écoles publiques (subventionnées et gérées par les provinces et les municipalités) ; et *iii)* les écoles privées dites « libres » (essentiellement des écoles catholiques, mais aussi des écoles juives et protestantes, ainsi que les écoles non confessionnels, par exemple, Steiner et Freinet)[1].

La Belgique est l'un des rares pays de l'OCDE où l'enseignement est obligatoire jusqu'à l'âge de 18 ans. Jusqu'à l'âge de 16 ans, l'enseignement est à plein temps, les étudiants pouvant par la suite associer des études à temps partiel et un emploi. Après six années d'enseignement primaire et deux années d'enseignement secondaire, les élèves peuvent choisir entre quatre filières à plein temps et deux filières à temps partiel. Les filières à plein temps sont offertes par les écoles secondaires et comprennent l'enseignement général, technique, artistique et professionnel. Les options à temps partiel proposées dans la communauté flamande comprennent l'enseignement secondaire professionnel offert par des écoles secondaires à temps partiel, des apprentissages offerts par Syntra et des programmes de formation à temps partiel. Dans la communauté française, l'association enseignement à plein temps et emploi est possible dans les Centres d'éducation et de formation en alternance (CEFA).

1. En Flandre, les écoles privées subventionnées sont les plus importantes (en nombre d'établissements et d'élèves), tandis que dans la communauté française, elles sont de taille approximativement équivalente à celle des écoles communautaires.

La Belgique met l'accent sur l'enseignement spécialisé

Les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers en raison de graves handicaps sont généralement confiés au système d'enseignement spécialisé en Belgique, contrairement à ce qui se fait dans beaucoup d'autres pays de l'OCDE, où ces enfants sont souvent maintenus dans le système scolaire classique ou dans des classes spécialisées au sein d'écoles ordinaires dans le but de promouvoir leur intégration sociale. Les données émanant de l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers montrent que 85 % et 99 % des élèves qui présentent des besoins spécifiques fréquentent le système d'enseignement spécialisé dans la Communauté flamande et la Communauté française respectivement (tableau 2.1). Alors que ces données couvrent les élèves souffrant de toutes sortes de handicaps, les données administratives recueillies par l'OCDE pour 2003 montrent que ces constatations s'appliquent également aux enfants présentant de sérieux troubles comportementaux ou émotionnels ou d'importantes difficultés d'apprentissage en Belgique (graphique 2.1). Il convient de noter que la faible part d'enfants ayant des besoins éducatifs spécifiques placés dans les écoles ordinaires en Belgique n'est pas due à une moins bonne identification. En effet, le pourcentage des élèves à besoins spécifiques par rapport à l'effectif total est similaire à celui des autres pays de l'OCDE (tableau 2.1) et n'a cessé d'augmenter dans les deux dernières décennies.

Les écoles spécialisées ont l'avantage de fournir une aide spécialisée et personnalisée dans un milieu protégé. Par rapport à d'autres pays de l'OCDE, la Belgique affiche un ratio élèves/enseignant plutôt faible dans le système d'enseignement spécialisé (OCDE, 2007a). Toutefois, le désavantage de ce confinement est un risque de marginalisation accrue, qui compromet l'intégration sociale de ces élèves et la transition vers le marché régulier du travail plus tard dans la vie.

Dans la Communauté française, une loi de 2009 facilite l'intégration des enfants à besoins spécifiques dans les écoles ordinaires avec l'appui du secteur de l'enseignement spécialisé, en fonction des besoins de l'élève, comme un éducateur spécialisé, une infirmière, un logopède (orthophoniste), etc. Ce n'est que depuis peu que les élèves présentant des problèmes de santé mentale graves peuvent présenter une demande d'intégration dans une école ordinaire. Pourtant il existe très peu d'aides axées sur leurs besoins (pédopsychologue ou psychothérapeute, par exemple). Jusqu'ici, l'intégration de ces enfants dans l'enseignement ordinaire demeure très limitée : seuls 1.5 % de l'ensemble des élèves à besoins spécifiques (non limités aux troubles mentaux) ont été réintégrés dans des écoles ordinaires en 2009-10.

Tableau 2.1. **La Belgique met particulièrement l'accent sur l'enseignement spécialisé destiné aux enfants atteints de handicaps**

Nombre d'élèves à besoins spécifiques et importance du système d'enseignement spécialisé, 2008-09[a]

	Nombre total d'élèves	Elèves ayant des besoins spécifiques				
		Nombre	% du total	% dans l'enseignement spécialisé	% dans des classes spéciales séparées au sein d'établissements ordinaires	% dans des établissements ordinaires
Autriche	802 519	28 525	3.6%	41%	3%	55%
Belgique - Communauté Fl.	871 920	54 336	6.2%	85%	-	15%
Belgique - Communauté Fr.	687 137	30 993	4.5%	99%	-	1%
Danemark	719 144	33 733	4.7%	38%	56%	6%
Pays-Bas	2 411 194	103 821	4.3%	62%	-	38%
Norvège	615 883	48 802	7.9%	4%	11%	85%
Suède[b]	906 189	13 777	1.5%	4%	96%	-
Suisse[b]	777 394	41 645	5.4%	39%	61%	-
Royaume-Uni	9 297 319	316 340	3.4%	34%	7%	59%

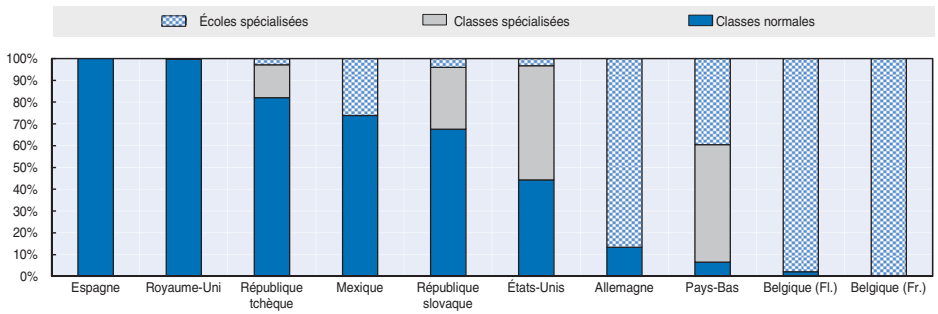
a. Les données pour les Pays-Bas et la Norvège se rapportent à l'année scolaire 2009-10, et celles de la communauté flamande en Belgique à l'année scolaire 2010-11.

b. La Suède et la Suisse ne collectent pas de données concernant les élèves à besoins spécifiques qui sont pleinement intégrés dans des classes ordinaires.

Source : Estimations de l'OCDE basées sur des données émanant de l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers (*www.european-agency.org*).

Graphique 2.1. **En Belgique, la quasi-totalité des enfants présentant des troubles mentaux graves sont accueillis dans des établissements spécialisés**

Pourcentage d'élèves présentant des troubles comportementaux ou émotionnels graves ou d'importantes difficultés d'apprentissage qui bénéficient de ressources supplémentaires, par type d'établissement ou de classe, 2003



Note : Les données ne couvrent que les enfants présentant des troubles comportementaux ou émotionnels graves ou des difficultés d'apprentissage particulières, mais pas les enfants dont les handicaps ou les déficiences sont considérés, en termes médicaux, comme ayant une origine organique attribuable à une pathologie organique (liés, par exemple, à des déficiences sensorielles, motrices ou neurologiques).

Source : OCDE (2007), *Elèves présentant des déficiences, des difficultés d'apprentissage et des désavantages sociaux,* graphique 6.24, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264027640-fr.*

Dans la Communauté flamande, une part croissante d'élèves à besoins éducatifs spécifiques est intégrée dans des écoles ordinaires (17 % au cours de l'année scolaire 2010-11), bien qu'elle soit toujours nettement inférieure à celle relevée dans d'autres pays de l'OCDE (tableau 2.1). Pour les élèves souffrant de troubles comportementaux ou émotionnels graves ou d'importantes difficultés d'apprentissage, il est particulièrement difficile de bénéficier d'un soutien dans le système scolaire classique. Pour pouvoir bénéficier de mesures d'aide, l'élève doit d'abord fréquenter une école spécialisée pendant au moins neuf mois ; lorsqu'il revient dans l'enseignement ordinaire, les aides sont limitées à une période d'un an (excepté au jardin d'enfants).

Gamme complète de services en milieu scolaire

Dans le système éducatif flamand (dans le système scolaire classique tout comme dans l'enseignement spécialisé), deux catégories d'unités d'accompagnement distinctes mais complémentaires ont été créées afin de couvrir le continuum allant de l'accompagnement de base aux soins spécialisés pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents.

La première unité, que l'on appelle « structure d'accompagnement interne » (*interne leerlingenbegeleiding*), fonctionne dans le cadre de l'école. Chaque école reçoit un financement permettant d'exempter les enseignants (d'une partie) de leurs tâches pédagogiques ou de recruter des personnels spécialisés (appelés « éducateurs », psychologue, pédagogue, personnel médical ou assistant social), de façon à pouvoir offrir un accompagnement supplémentaire aux élèves qui en ont besoin. Tous les établissements scolaires du primaire sont tenus d'appliquer une politique d'accompagnement à trois niveaux comprenant une coordination au niveau de l'école, un encadrement et un appui en ce qui concerne les enseignants, et l'apport de conseils aux élèves, mais il leur appartient d'ajuster les différents niveaux en fonction des nécessités. Dans certains établissements, l'éducateur privilégie une relation personnalisée (par exemple, en donnant aux élèves l'occasion de parler des problèmes qu'ils rencontrent à l'école ou à la maison). Dans d'autres, il s'appuie davantage sur des approches par groupe (mise en œuvre de programmes de prévention des brimades, par exemple) ou contribue à l'élaboration de nouvelles politiques (par exemple, politiques scolaires saines).

Une évaluation récente montre que la « politique d'accompagnement » qui accorde à l'enseignant le rôle d'acteur principal est désormais largement admise dans l'enseignement primaire en Flandre à la suite d'une série d'initiatives politiques et de l'augmentation des dépenses du gouvernement flamand (Struyf *et al.*, 2012). Les écoles primaires ont, en moyenne, l'équivalent temps plein de 0.6 éducateurs, les 25 % plus grandes écoles

employant de 0,75 à un éducateur à temps plein. De plus, les écoles dont au moins 10 % des élèves (25 % dans le secondaire) appartiennent à un groupe à risque (langue étrangère parlée à la maison, mère peu instruite, ou recevant une bourse d'étude) reçoivent quelques ressources supplémentaires (équivalent de un à deux enseignants à plein temps)[1]. La même étude souligne, cependant, que les écoles secondaires ont généralement une structure d'accompagnement interne beaucoup moins développée, la question bénéficiant de beaucoup moins d'attention et de ressources de lar part du gouvernement. Sur le plan international, la Belgique a en moyenne des classes de taille plus réduite, mais le soutien pédagogique par enseignant dans le premier cycle du secondaire est beaucoup moins important que dans la plupart des autres pays de l'OCDE (tableau 2.2).

Tableau 2.2. **En Belgique, le soutien pédagogique fourni aux enseignants est relativement limité**

Taille moyenne des classes et soutien pédagogique par enseignant dans le premier cycle de l'enseignement secondaire, 2010

	Taille moyenne des classes (premier cycle du secondaire uniquement)		Ratio enseignants/personnel de soutien pédagogique	
Pays	Moyenne	(Erreur type)	Moyenne	(Erreur type)
Australie	24.6	(0.20)	8.3	(0.61)
Autriche	21.1	(0.14)	24.1	(1.08)
Belgique (Flandre)	**17.5**	**(0.27)**	**20.5**	**(1.63)**
Danemark	20.0	(0.22)	9.1	(0.97)
Estonie	20.5	(0.32)	10.4	(0.69)
Hongrie	20.2	(0.57)	7.3	(0.69)
Islande	18.6	(0.02)	5.7	(0.60)
Irlande	21.9	(0.18)	15.8	(1.06)
Italie	21.3	(0.16)	20.4	(3.22)
Corée	34.6	(0.43)	14.0	(1.12)
Mexique	37.8	(0.55)	7.9	(0.68)
Norvège	21.4	(0.29)	7.0	(0.41)
Pologne	20.8	(0.27)	9.4	(0.56)
Portugal	21.3	(0.21)	10.8	(1.64)
République slovaque	21.1	(0.26)	14.3	(1.15)
Slovénie	18.8	(0.18)	18.3	(1.16)
Espagne	21.7	(0.26)	19.0	(0.91)
Turquie	31.3	(0.75)	22.2	(2.53)
Moyenne	***23.0***		***13.6***	

Note : Ces données sont des moyennes des caractéristiques des écoles où travaillent des enseignants du premier cycle du secondaire. L'offre éducative dans ces établissements pouvant s'étendre à l'ensemble des niveaux de la CITE (Classification internationale type de l'éducation) (dans les écoles qui offrent les cycles inférieur et supérieur de l'enseignement secondaire, par exemple), elle ne peut se limiter aux seuls enseignants ou élèves du cycle inférieur de l'enseignement secondaire.

Source : OCDE (2010), *Creating Effective Teaching and Learning Environments: First Results from TALIS*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264068780-en*.

Le second type d'unités, à savoir le centre d'assistance scolaire (*Centra voor Leerlingenbegeleiding* – CLB), aide les écoles dans quatre principaux domaines : stratégies d'apprentissage, planification du parcours scolaire, fonctionnement psychosocial et soins de santé préventifs, avec des équipes multidisciplinaires de psychologues (généralement le directeur du centre), médecins, infirmières, travailleurs sociaux et pédagogues. Les centres CLB effectuent également des examens médicaux réguliers et, à ce titre, ils sont structurellement liés au ministère flamand de l'Éducation ainsi qu'au ministère flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille[2]. Les centres fonctionnent selon le principe de la surveillance universelle de tous les élèves, d'une part, et d'une orientation intensive, personnalisée et multidisciplinaire en faveur des élèves en difficulté, de l'autre. Le travail des centres est essentiellement piloté par la demande et ils interviennent à la demande d'un élève, d'un parent ou d'un établissement, mais ils jouent également un rôle central dans la prévention du décrochage scolaire, l'accès à l'enseignement spécialisé et intégré, et les examens médicaux réguliers. Outre la fourniture d'informations, de soutien et d'orientations, les centres ont généralement une bonne vue d'ensemble des services externes vers lesquels ils peuvent diriger des personnes s'ils ne sont pas en mesure de résoudre le problème eux-mêmes.

Une évaluation récente des centres CLB effectuée par Vermaut *et al*. (2009) a révélé que les pratiques varient grandement d'un centre à l'autre et qu'ils n'ont pas toujours suffisamment de personnel pour accomplir toutes leurs obligations. Pour l'année scolaire 2010-11, les travailleurs sociaux des CLB étaient chargés d'environ 400 élèves en moyenne (Vlaamse Overheid, 2011) et 91 % d'entre eux s'accordent à dire que la charge de travail a augmenté depuis l'an 2000 (Vermaut *et al*., 2009)[3]. En raison du manque de temps, les travailleurs sociaux doivent continuellement choisir entre se concentrer sur des actions préventives ou traiter des demandes plus immédiates d'aide et d'intervention. Confrontés à des demandes d'aide de plus en plus fréquentes de la part des écoles, des parents et des élèves (en particulier pour des problèmes psychosociaux ; voir Vermaut *et al*., 2009), les CLB font généralement peu de prévention ou de détection précoce. Pour les travailleurs sociaux, le soutien et les soins personnalisés, dont les effets sont visibles à court terme, sont également plus gratifiants que les mesures de prévention. En outre, de longues listes d'attente pour les services externes, en particulier dans le secteur de la santé mentale[4], alourdissent la charge de travail des travailleurs sociaux CLB, qui continuent à prêter assistance aux élèves jusqu'à ce qu'ils bénéficient d'un accompagnement spécialisé. La coopération entre les écoles et les centres n'est pas toujours optimale, du fait que les écoles ignorent parfois le rôle qui leur incombe ou ne savent pas dans quels domaines elles peuvent solliciter l'aide des centres. Enfin, les élèves migrants et à faible niveau d'instruction, ainsi que leurs

parents, sont souvent mal informés alors qu'ils sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'une assistance.

Dans la Communauté française, plusieurs acteurs secondent des établissements dans leurs activités extrascolaires en prenant en charge des élèves à besoins spécifiques. Les centres psycho-médico-sociaux (PMS) jouent un rôle similaire à celui des centres CLB de la Communauté flamande et ils travaillent également avec une équipe multidisciplinaire. Les visites médicales de routine relèvent cependant d'un service distinct, à savoir le Service de promotion de la santé à l'école (PSE), tandis que les principaux acteurs en matière de prévention du décrochage scolaire sont les Services de la médiation scolaire et les Équipes mobiles. La coordination et la coopération entre les différents services sont toutefois limitées et aucun d'entre eux ne jouit de l'autorité ni de la reconnaissance nécessaire pour jouer un rôle de chef de file à l'instar des centres CLB dans la Communauté flamande. Plusieurs tentatives ont eu lieu pour fusionner les centres PMS et PSE, mais jusqu'ici sans succès, essentiellement parce que les premiers dépendent du ministère de l'Éducation (à compétence communautaire) et sont dirigés par des psychologues, tandis que les seconds dépendent de la Direction générale de la Santé (à compétence régionale) et sont dirigés par des médecins[5]. Malgré leur rôle plus limité, les centres PMS ont un budget comparable à celui des centres CLB (environ 114 et 133 EUR par élève respectivement en 2009)[6].

Initiatives intéressantes pour prévenir le décrochage scolaire

Les élèves ayant l'obligation légale de fréquenter l'école jusqu'à l'âge de 18 ans, les ministères de l'Enseignement des différentes communautés linguistiques vérifient soigneusement les taux de scolarisation et de fréquentation à l'aide d'un système d'inscription électronique. Si un enfant n'est inscrit dans aucun établissement trois jours après la rentrée scolaire, ses parents sont contactés et, en cas de manque de coopération, le cas est signalé aux services du procureur. Dans la Communauté flamande, 99.8 % des enfants d'âge scolaire sont inscrits dans une école (Ministère flamand de l'Enseignement et de la Formation, 2010).

L'absentéisme scolaire est étroitement surveillé pour éviter le décrochage et suscite depuis quelques années un intérêt considérable chez les décideurs[7]. Dans la Communauté flamande, l'école est tenue d'informer le centre CLB après dix demi-journées d'absence non justifiée (voire plus tôt si elle l'estime nécessaire) et le centre CLB est obligé de commencer l'accompagnement de l'étudiant, tandis que dans la Communauté française, les écoles ont l'obligation de contacter les parents et les élèves par lettre recommandée au plus tard après 20 demi-journées d'absence non justifiée.

Différents services peuvent aider les établissements de la Communauté française (service de la médiation scolaire, équipes mobiles ou service d'aide à la jeunesse, entre autres), mais il n'existe pas de mécanisme de notification obligatoire. Les travailleurs sociaux travaillent en collaboration avec les élèves, l'école et les parents pour trouver une solution au problème sous-jacent et, si nécessaire, mettent l'élève en contact avec d'autres services (tels que les services de santé ou de protection sociale). Après 30 demi-journées d'absence non justifiée, le ministère de l'Enseignement de la communauté linguistique concernée doit être informé. Des poursuites peuvent alors être engagées et les parents sont sanctionnés dans la mesure où ils doivent rembourser leur allocation scolaire. Tel a été le cas pour 1.4 % des effectifs du secondaire au cours de l'année scolaire 2009-10. Selon les établissements, le manque de motivation et la lassitude scolaire sont les causes les plus importantes des absences à répétition ; le mal-être à l'école (lié au climat scolaire, aux relations élève-enseignant, aux brimades, etc.), ainsi qu'une situation familiale problématique, constituent également des autres facteurs clés (Vlaams Ministerie van Onderwijs en vorming, 2010). Les statistiques émanant de la province flamande d'Anvers montrent qu'environ 14 % de l'ensemble des élèves du secondaire se sont absentés sans autorisation pendant dix demi-journées ou plus en 2009-10 (Vlaams Parlement, 2011).

Pour prévenir le décrochage scolaire chez les élèves présentant des problèmes comportementaux plus graves – le rapport de l'OCDE intitulé *Mal-être au travail* ? (OCDE, 2012a) montre que les jeunes souffrant de troubles mentaux sont davantage susceptibles de quitter l'école prématurément – les trois communautés ont mis en place un système visant à extraire temporairement les élèves du milieu scolaire (pendant quelques jours, quelques semaines, voire plusieurs mois), appelé *Accrochage scolaire* dans la Communauté française et *Time Out* dans les Communautés flamande et germanophone. Une équipe de pédagogues et de travailleurs sociaux s'emploi, avec les élèves, à résoudre les problèmes de ces derniers – souvent de multiples problèmes comportementaux compromettant leur participation à la vie scolaire et sociale – et à les inciter à retourner à l'école. Les parents, les établissements et les centres d'assistance scolaire sont également impliqués. Bien que ces programmes soient souvent confrontés à des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale, très peu d'organisations comptent un (pédo)psychologue dans leur équipe. Même dans un tel cas de figure, les programmes *Accrochage scolaire* et *Time Out* sont les mieux à même de faire face aux problèmes de santé mentale à un stade précoce, sans qu'il soit nécessaire d'étiqueter les élèves et, partant, d'aggraver potentiellement leurs problèmes.

Les programmes prévoient des activités individuelles et en groupe pour comprendre l'élève et travailler sur sa personnalité, des séances de discussion et des week-ends d'aventure mais aussi des ateliers de théâtre, de cinéma, de musique et d'écriture. Dans la Communauté française, la durée maximale du programme est de trois mois, renouvelable une fois. Dans la Communauté flamande, il existe un programme court (quelques jours seulement) pour les élèves montrant les premiers signes de problèmes et pour lesquels l'école ne propose pas de solution immédiate. Le programme long (plusieurs semaines) se concentre sur les élèves qui causent des problèmes importants à l'école ou qui sont complètement démotivés. En principe, ce sont les centres CLB ou PMS qui orientent les élèves vers ces programmes, mais l'établissement scolaire peut également envoyer directement des élèves suivre un programme court. La participation est volontaire mais bien souvent, les pressions exercées sur l'élève pour qu'il accepte de participer sont fortes. À l'issue du programme, le travailleur social reste disponible au cas où il y aurait un problème ; pour les programmes de plus longue durée, une réunion de suivi est organisée au bout de trois mois avec tous les partenaires concernés.

Les programmes ont d'abord été des projets pilotes (dès 1995 à Bruxelles), mais un cadre juridique a été mis en place, en 2006 pour la Communauté flamande et en 2009 pour la Communauté française, prévoyant un financement permanent des ministères respectifs de l'Enseignement. Dans la Communauté flamande, le ministère du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille cofinance les projets *Time Out* de longue durée : en effet, le décrochage scolaire signale souvent des problèmes sous-jacents plus complexes, et exige une coordination et une coopération étroite avec le secteur des soins de santé et de la protection sociale. Dans chaque Communauté, une quinzaine d'organisations sans but lucratif offrent de tels programmes. Étant donné que le financement provient de sources diverses, on ne dispose d'aucune statistique disponible sur le nombre total de participants et/ou sur les résultats des programmes. Le Gouvernement flamand finance chaque année 645 projets *Time Out* courts et 182 projets longs ; et certains indices donnent à penser qu'un nombre presque aussi élevé de projets *Time Out* de longue durée sont financés par d'autres sources : villes, municipalités et fondations (Fondation Roi Baudouin, par exemple).

Néanmoins, la proportion d'élèves qui quittent l'école sans qualifications est à peu près la même, en Belgique, que dans de nombreux autres pays de l'OCDE, malgré une scolarité obligatoire comparativement longue. En 2008, 14 % des 20-24 ans n'avaient pas de diplôme du deuxième cycle du secondaire et ne poursuivaient pas d'études, par rapport à une moyenne de 17 % dans la zone de l'OCDE (OCDE, 2010b). Divers facteurs

jouent un rôle dans le décrochage scolaire : le contexte socio-économique ou migratoire, des difficultés d'apprentissage et des problèmes personnels, ainsi qu'un parcours scolaire problématique – notamment le redoublement (35 % des jeunes âgés de 15 ans en Belgique ont redoublé au moins une année, ce qui est beaucoup plus que la moyenne de l'OCDE, de 13 % ; OCDE, 2012b), absences fréquentes, etc. (Glorieux *et al*., 2009).

Pour améliorer la coordination et la coopération entre les différents prestataires de services à la jeunesse, la Flandre a créé en 2005 une plate-forme intitulée *Integral Youth Help*. La plate-forme s'efforce de surmonter les obstacles intersectoriels à la coopération afin que les différents systèmes (bien-être, santé, protection juridique, éducation, etc.) tiennent davantage compte de la clientèle à laquelle ils s'adressent. Depuis 2005, les droits des jeunes ont été harmonisés dans l'ensemble des systèmes et une base de données inventoriant tous les services locaux de façon comparable a été mise sur pied[8]. *Integral Youth Help* vise également à remplacer les différents points d'accès aux services spécialisés par un guichet intersectoriel unique (la procédure étant la même indépendamment du point d'accès), et à créer un système d'information intégré. Les objectifs de la plate-forme sont ambitieux mais le système est très complexe, dans la réalité, très peu a été fait jusqu'à présent ; il reste encore un long chemin à parcourir pour parvenir à une coopération intersectorielle (Van Tomme *et al*., 2011).

Transition difficile de l'école à la vie active

La transition de l'école au travail est difficile pour beaucoup de jeunes Belges et, en particulier, pour ceux qui présentent des problèmes de santé mentale. En 2011, le taux de chômage des jeunes était de 18.7 % en Belgique, par rapport à une moyenne de 16.2 % pour la zone OCDE et à un taux de chômage de 6.4 % pour le groupe d'âge des 25 à 54 ans en Belgique (OCDE, 2012c). Il existe cependant un contraste frappant entre les trois régions. Le marché du travail est plus favorable en Flandre, où le chômage des jeunes était de 16 % en 2010, tandis qu'en Wallonie et dans la Région Bruxelles-Capitale, il était de 30 % et 40 % respectivement pour la même année. Les jeunes atteints d'un trouble mental sont plus susceptibles d'être au chômage et ont moins de chances d'avoir un emploi que les jeunes ne souffrant d'aucun trouble de ce type (OCDE, 2012a), ce qui illustre les difficultés supplémentaires que connaissent ces jeunes adultes pour s'intégrer sur le marché du travail. En 2008, les écarts entre les taux d'emploi et de chômage étaient respectivement de 13 et 18 points de pourcentage[9].

Un facteur important dans la difficile transition de l'école à l'emploi est le manque d'expérience professionnelle pertinente chez les jeunes qui

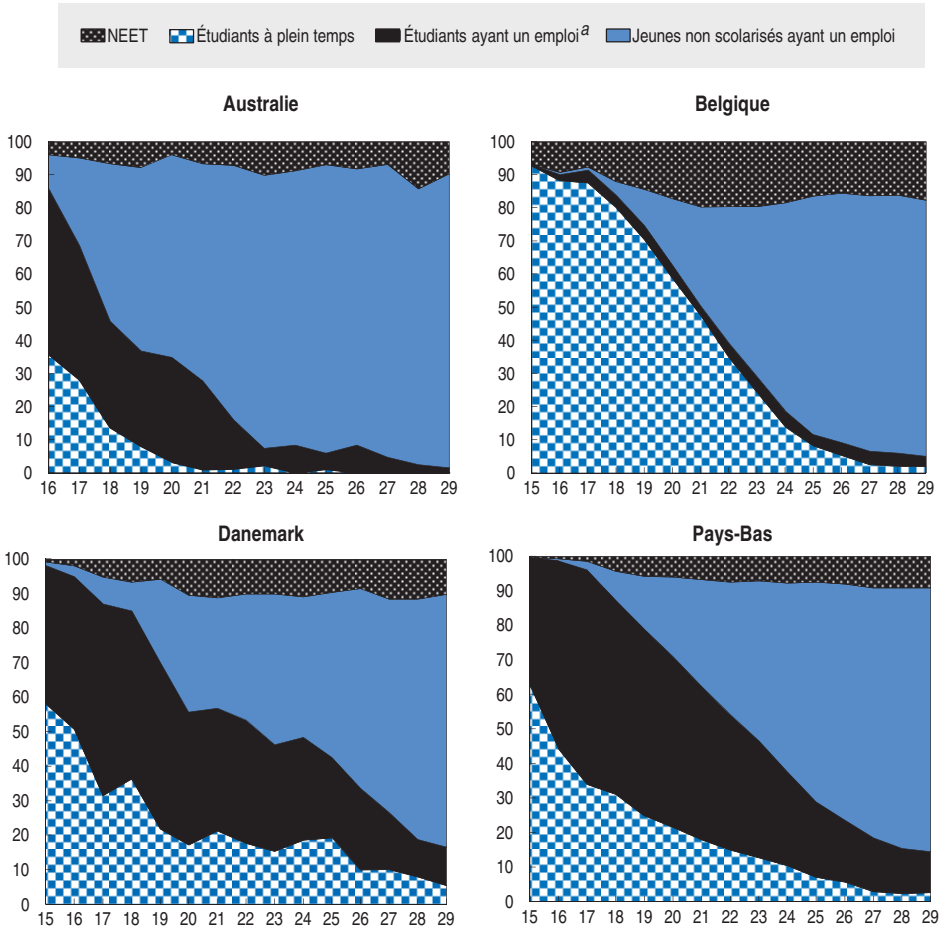
quittent l'école (OECD, 2007b ; VDAB, 2011). Il n'est pas courant chez les jeunes Belges d'associer travail et études, même si certains programmes d'enseignement technique et professionnel offrent un parcours intégré combinant école et travail. Cependant, la qualité de la formation sur le lieu de travail varie considérablement entre les différents programmes (OCDE, 2010c). Dans l'ensemble, seuls 10 % des 18-24 ans qui faisaient des études avaient aussi un emploi en 2009 (graphique 2.2), contre une moyenne de 33 % dans la zone OCDE (OCDE, 2011).

Le chômage des jeunes en Belgique fait l'objet d'une grande attention de la part des décideurs politiques et les services publics de l'emploi (SPE) régionaux reçoivent des ressources supplémentaires du niveau fédéral dans le cadre de politiques actives du marché du travail axées sur la jeunesse[10]. Pour s'attaquer au problème du manque d'expérience professionnelle, la politique en matière d'emploi des jeunes en Belgique est fortement ciblée sur le premier emploi (*Premier emploi* ou *Startbanen* au niveau fédéral, et *Individuele Beroepsopleiding in de Onderneming*, IBO, en Flandre). Les SPE ont également renforcé leurs programmes de sensibilisation et il est aujourd'hui très courant de voir des jeunes s'inscrire auprès de ces services en tant que demandeurs d'emploi immédiatement après avoir obtenu leur diplôme de fin d'études secondaires – en 2009, en Flandre, 84 % de l'ensemble des élèves qui ont quitté l'école l'ont fait[11]. Les jeunes en Belgique sont incités à s'inscrire aux SPE car ils peuvent alors participer aux programmes actifs axés sur le marché de l'emploi et percevoir une allocation d'insertion[12].

L'orientation professionnelle dispensée vers la fin de l'enseignement secondaire par les centres CLB laisse également à désirer[13]. Environ la moitié des établissements et des travailleurs sociaux CLB qui ont participé à une étude récente menée par Vermaut *et al.* (2009) ont admis que les informations concernant le lien école-travail manquaient ou étaient très limitées. Les travailleurs sociaux CLB ne sont pas toujours équipés pour donner ce genre de conseils, tandis que les écoles ne voient pas dans l'orientation professionnelle une fonction clé des centres CLB. Les sources d'information sur les carrières au-delà de l'enseignement obligatoire sont fragmentaires (OCDE, 2010c).

Graphique 2.2. **Étudier d'abord, travailler ensuite : la transition de l'école à l'emploi en Belgique**

Situation au regard des études et de l'activité pour chaque âge : élèves/étudiants à plein temps, élèves/étudiants ayant un emploi, jeunes non scolarisés ayant un emploi, et jeunes déscolarisés et inactifs (NEET) ; pays sélectionnés, 2009



a. Y compris l'apprentissage et d'autres programmes associant travail et études.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur l'Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne 2009 pour la Belgique et le Danemark et sur l'enquête *Household, Income and Labour Dynamics* de 2006 pour l'Australie.

Conclusion et recommandations

Sans une aide appropriée, les problèmes comportementaux et la mauvaise santé mentale affectent les résultats scolaires des enfants et des jeunes, et potentiellement leur vie sociale et professionnelle en tant qu'adultes. Dans le système d'enseignement belge, l'environnement scolaire propose des services complets conçus pour fournir une assistance psychosociale aux élèves et à leurs parents, et pour aider les élèves présentant un risque de décrochage scolaire. Les financements pour le soutien spécialisé restent cependant concentrés dans le système d'éducation spécialisée, alors que le soutien spécialisé (en particulier pour les élèves ayant des troubles comportementaux et affectifs) est très limité dans le système ordinaire. En outre, en Belgique, en dépit de l'éventail des services de prévention du décrochage scolaire, la proportion d'élèves qui quittent l'école sans qualifications est encore élevée et proche de la moyenne de l'OCDE.

Les jeunes souffrant de trouble mentaux sont plus susceptibles que ceux qui n'en ont pas de quitter le système scolaire sans diplôme et d'être confrontés à des difficultés supplémentaires quand ils arrivent sur le marché de l'emploi (en raison, par exemple, d'une faible estime de soi, d'aptitudes sociales limitées et d'autres facteurs cumulés de risques sociaux). Une approche proactive des centres publics pour l'emploi est donc particulièrement pertinente pour que ce groupe puisse passer facilement de l'école à la vie active. Le rapport de l'OCDE intitulé *Des débuts qui comptent ! Des emplois pour les jeunes* (OCDE, 2010b) – voir aussi le rapport sur la Belgique (OCDE, 2007b) – donne des recommandations détaillées dans ce domaine. Ainsi, pour faciliter la transition de l'école au travail en Belgique, les systèmes d'apprentissage en alternance devraient être étendus à tous les niveaux de compétences (y compris les postes à haut niveau de qualifications, comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays de l'OCDE) et les possibilités de stages, rémunérés ou non, devraient être développées davantage en coopération avec les employeurs. Les jeunes sans emploi, et en particulier ceux présentant des problèmes de comportement et de santé mentale – qui cumulent souvent les handicaps sur le marché du travail – doivent être aidés dans leur recherche d'emploi grâce à des mesures appropriées, telles qu'un système de mentorat étroit, une aide à la recherche intensive d'emploi et un encadrement poussé en cours d'emploi, idéalement en coopération avec les services de santé et de protection sociale.

Recommandations

- Maintenir les élèves qui ont des besoins spécifiques dans le système scolaire ordinaire afin de promouvoir leur insertion sociale, et

mettre au point des mesures de soutien axées sur leurs besoins, en particulier lorsqu'il s'agit d'élèves présentant des problèmes de comportement ou une mauvaise santé mentale.

- Donner aux centres CLB et PMS l'autorité nécessaire et les ressources correspondantes pour coordonner tous les efforts et les services externes existants afin d'aider les écoles et les élèves dans leurs activités périscolaires (prévention des problèmes de santé mentale, soutien psychologique, soutien spécialisé aux élèves ayant des besoins supplémentaires, prévention du décrochage scolaire, etc.). Veiller à ce que les centres puissent fonctionner totalement indépendamment des écoles.
- La plate-forme *Integral Youth Help*, qui vise à améliorer la coordination et la coopération entre les différents prestataires de services à la jeunesse, pourrait être déterminante pour les jeunes présentant des problèmes de santé mentale, qui cumulent souvent plusieurs handicaps sociaux. Son développement devrait constituer une priorité.
- Les SPE devraient accorder davantage d'attention aux problèmes comportementaux et émotionnels chez les jeunes qui quittent l'école ou qui sont sans emploi. Les centres CLB et PMS doivent travailler en étroite coopération avec les SPE lorsque des jeunes présentant des problèmes de santé mentale quittent le système scolaire et rejoignent le marché du travail. Le cas échéant, la participation des systèmes de santé et de protection sociale sera aussi nécessaire.

Notes

1. Statistiques fournies par le ministère de l'Éducation de la Région flamande.
2. En 2000, les centres CLB ont fusionné avec les Centres pour la surveillance médicale à l'école (Medisch Schooltoezicht – MST) étant donné que leurs tâches se chevauchaient de plus en plus. Pour une brève description de l'histoire des deux centres, voir *www.ond.vlaanderen.be/clb/clb-medewerker/Achtergrond.htm* (en néerlandais).
3. Il n'existe pas de statistiques sur la part de la charge de travail liée à des problèmes de santé mentale.
4. Le délai d'attente moyen pour un premier rendez-vous dans un centre flamand de santé mentale est de 54 jours pour les enfants et les jeunes, soit

trois semaines de plus que pour les autres groupes d'âge. Un enfant sur quatre doit attendre plus de deux mois pour obtenir un premier rendez-vous. Le temps d'attente moyen pour un deuxième rendez-vous est de 47 jours supplémentaires. Données communiquées par l'Agence flamande Soins et Santé (*www.zorg-en-gezondheid.be/*).

5. En Flandre, la Région flamande a transféré l'intégralité de ses compétences constitutionnelles à la Communauté flamande immédiatement après sa création en 1980, ce qui a facilité la coopération entre les départements chargés des affaires communautaires et régionales.

6. Les statistiques sur le budget CLB ont été fournies par le ministère flamand de l'Enseignement et celles sur le budget PMS ont été obtenues auprès du Service des statistiques de l'ETNIC (*www.statistiques.cfwb.be/*).

7. Voir, par exemple, le récent Plan d'action de mars 2012 du ministère flamand de l'Enseignement (*www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/Documenten/actieplan-spijbelen-en-andere-vormen-van-grensoversschrijdend-gedrag-2012.pdf*).

8. *www.jeugdhulpwijzer.be/*.

9. Les taux d'emploi et de chômage des jeunes souffrant de troubles mentaux et de ceux qui ne présentent aucun trouble de ce type sont estimés à l'aide des données recueillies par l'Enquête sur la santé en Belgique conduite par interview.

10. Pour un aperçu de toutes les mesures comprenant des subventions et des avantages financiers en faveur des demandeurs d'emploi (y compris les jeunes) et des employeurs, voir *www.autravail.be* (en français) ou *www.aandeslag.be/* (en néerlandais).

11. Statistiques provenant du site web du service public flamand de l'emploi (*http://vdab.be/*).

12. L'allocation d'insertion est accordée pour une période de 36 mois au maximum (qui peut cependant être prolongée) après un délai d'attente de 310 jours. Le niveau des prestations est fonction de la situation familiale et de l'âge du demandeur d'emploi (la limite supérieure étant de 30 ans) ; en 2012, il était compris entre 256 EUR par mois pour une personne cohabitante de moins de 18 ans et 1 063 EUR par mois pour une personne âgée de 18 à 30 ans ayant des personnes à charge (*www.rva.be*).

13. Les centres CLB et les services publics flamands de l'emploi ont récemment pris des initiatives visant à mettre au point un système d'orientation professionnelle basé sur les besoins du marché de l'emploi, mais on ne dispose d'aucun résultat jusqu'ici.

Références

Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes ayant des besoins particuliers (2012), *www.european-agency.org*, consulté le 4 september 2012.

Glorieux, I., R. Heyman, M. Jegers et M. Taelman (2009), « Wie herkanst?: sociografische schets, leerroutes en beweegredenen van de deelnemers aan het Tweedekansonderwijs en de Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap », onderzoek in opdracht van de Vlaamse minister van Onderwijs en Vorming in het kader van het onderwijskundig beleids- en praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek (OBPWO 06.06), Bruxelles.

Kessler, R. et P. Wang (2008), « The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States », *Annual Review of Public Health*, vol. 29, pp. 115-129.

Kessler, R., P. Berglund., O. Demler, R. Jin, K. Merikangas et E. Walters (2005), « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, n° 62, pp. 593-603.

OCDE (2007a), *Élèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux : Politiques, statistiques et indicateurs*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264027640-fr*.

OCDE (2007b), *Des emplois pour les jeunes : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264030428-fr*.

OCDE (2010a), *Creating Effective Teaching and Learning Environments: First Results from TALIS*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264068780-en*.

OCDE (2010b), *Des débuts qui comptent ! Des emplois pour les jeunes*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264096110-fr*.

OCDE (2010c), *Learning for Jobs*, OECD Reviews of Vocational Education and Training: Belgium (Flanders), Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264087460-en*.

OCDE (2011), *Études économiques de l'OCDE : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-bel-2011-fr*.

OCDE (2012a), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr*.

OCDE (2012b*), Equity and Quality in Education: Supporting Disadvantaged Students and Schools*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264130852-en.*

OCDE (2012c), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2012-fr.*

Struyf, E., K. Verschueren, P. Verachtert, S. Adriaensens, B. Vermeersch, I. Van de Putte and L. Stoffels (2012), "Zorgbeleid in het Gewoon Basisonderwijs en Secundair Onderwijs in Vlaanderen: Kenmerken, Predictoren en Samenhang met Taakopvatting en, Handelingsbekwaamheid van Leerkrachten", Onderzoek in opdracht van de Vlaamse Minister van Onderwijs en Vorming in het kader van het onderwijskundig beleids- en praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek (OBPWO 09.05), Bruxelles.

VDAB (2011), « Kansengroepen in Kaart: Jongeren op de Vlaamse Arbeidsmarkt, Laaggeschoolde Jongeren in Nood », Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, Studiedienst, avril 2011, Bruxelles.

Vermaut, H., Leens, R., De Rick, K. et E. Depreeuw (2009), « Het CLB-Decreet: Tussen Wens en Realisatie. Evaluatie Acht Jaar na de Invoering van het CLB-Decreet », Hoger Instituut voor de Arbeid, Université catholique de Louvain.

Vlaams Ministerie van Onderwijs en vorming (2010), *Leerplicht: Wie is er niet als de schoolbel rinkelt? Evaluatie 2009-2010*, D/2010/3241/457, Bruxelles.

Vlaamse Overheid (2011), *Vlaams Onderwijs in Cijfers 2010-2011*, Beleidsdomein Onderwijs en Vorming, D/2011/3241/236, Bruxelles.

Vlaams Parlement (2011), « Gedachtewisseling over het spijbelactieplan en de problematiek van schoolverzuim en spijbelen, Stuk 945 (2010-2011) », n° 1, 7 février 2011, Commissie voor Onderwijs en Gelijke Kansen, Bruxelles.

Chapitre 3

Employeurs et environnement de travail en Belgique

Ce chapitre s'intéresse au rôle des employeurs, qui sont les mieux placés pour aider les personnes en activité à faire face aux problèmes de santé mentale et à conserver leur emploi. Il décrit en premier lieu le lien entre conditions de travail et mauvaise santé mentale, baisse de la productivité et absences pour maladie, puis examine les stratégies de prévention envisageables face aux défis que pose l'environnement psychosocial au travail. Il se penche enfin sur les responsabilités de l'employeur et sur le rôle de la médecine du travail dans l'ensemble de ce processus.

Les taux d'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux sont supérieurs à ce que l'on pense généralement et de plus en plus d'indices permettent de conclure que le fait d'occuper un emploi exerce des effets positifs sur la santé mentale, en procurant statut social, garantie de revenu, structure temporelle, sentiment d'identité et d'accomplissement. Des emplois de piètre qualité ou un climat professionnel psychologiquement malsain peuvent toutefois compromettre la santé mentale et partant, influer sur la position des individus sur le marché du travail. L'environnement de travail est dès lors une cible clé pour améliorer et poursuivre l'insertion sur le marché du travail des personnes atteintes de problèmes mentaux.

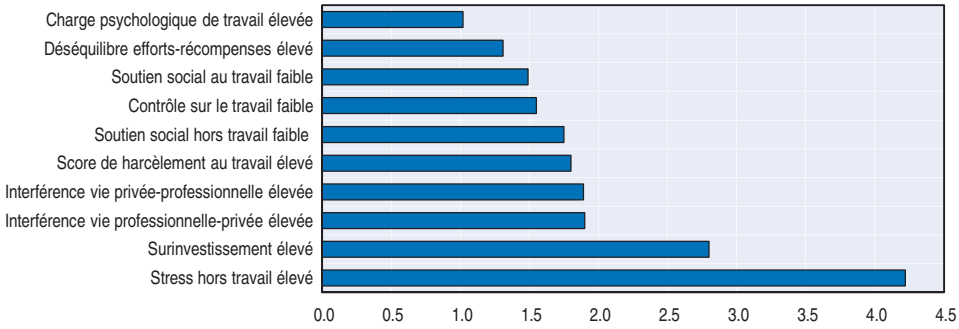
Relation entre les conditions de travail et la mauvaise santé mentale

Les données épidémiologiques pour la Belgique – Belstress III[1] – montrent que les personnes qui ont une faible marge de manœuvre au travail, dont la vie professionnelle empiète fortement sur la vie privée, qui connaissent un déséquilibre effort/récompense important ou qui s'investissent de manière excessive (en rapportant du travail à la maison, par exemple) sont de 1.5 à 2.5 fois plus susceptibles de faire une dépression, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur niveau d'instruction et d'autres facteurs psychosociaux intervenant au travail ou ailleurs (graphique 3.1)[2]. La dépression est néanmoins très fortement liée à des niveaux élevés de stress dans la vie privée.

Le rapport de l'OCDE *Mal-être au travail ?* qui vient d'être publié montre que les conditions de travail ayant un impact sur la santé mentale des travailleurs se sont détériorées avec le temps – à ne pas confondre avec la prévalence des troubles mentaux, restée stable. Non seulement la précarité de l'emploi s'est aggravée, mais on assiste également à une aggravation de la tension au travail – c'est-à-dire des exigences psychologiques élevées et un manque de latitude décisionnelle, combinaison qui, avec le temps, augmente le risque de troubles mentaux courants. On a constaté en Belgique une augmentation de la tension au travail particulièrement forte au cours de la dernière décennie (graphique 3.2).

Graphique 3.1. **Relation entre les facteurs professionnels et privés et la dépression**

Probabilités relatives de régressions logistiques

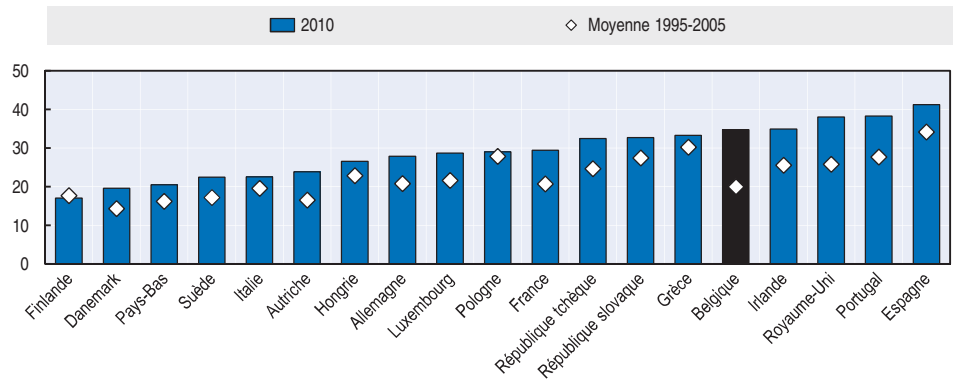


Note : Les probabilités relatives représentent la probabilité de faire une dépression quand les personnes sont confrontées à certains facteurs liés au travail ou à la vie privé. Une valeur égale à 1 indique qu'il n'y a pas de lien entre la dépression et le facteur lié au travail ou à la vie privé ; une valeur supérieure à 1 indique une association positive ; une valeur inférieure à 1 indique une association négative. Un contrôle est exercé sur les associations en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'instruction et de tous les autres facteurs cités dans le tableau.

Source : D'après Kittel, F., I. Godin, E. Roy, C. Arnould, G. De Backer, E. Clays et C. Ghysbrecht (2007), « Belstress III Rapport de recherche : recherche des déterminants de l'absentéisme pour cause de maladies chez les hommes et chez les femmes », Université libre de Belgique et Université de Gand, avec des corrections fournies par Annalisa Casini, Els Clays et France Kittel.

Graphique 3.2. **La tension au travail a considérablement augmenté en Belgique au cours de la dernière décennie**

Proportion de travailleurs confrontés à des exigences psychologiques importantes, assorties d'une faible latitude décisionnelle au travail

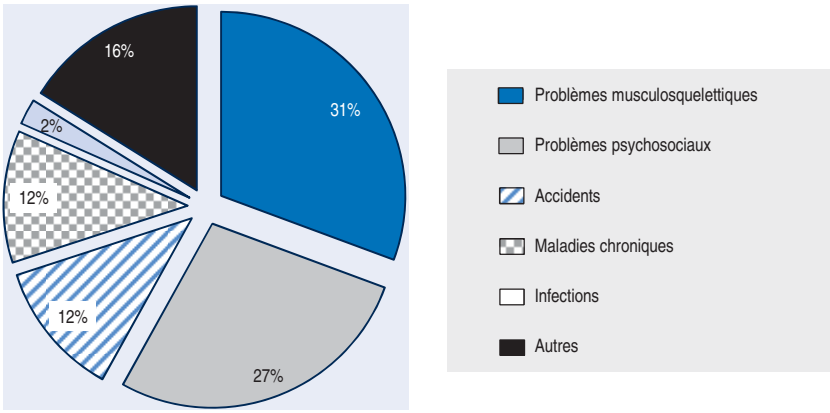


Source : Estimations de l'OCDE fondées sur l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) 1990-2010.

La mauvaise santé mentale est un déterminant important de l'absentéisme pour cause de maladie

La plupart du temps, les problèmes ne deviennent visibles que lorsque les employés s'absentent de leur travail de façon répétée et/ou prolongée. Des données d'enquête portant sur les travailleurs du secteur privé indiquent que la moitié d'entre eux environ a pris au moins un jour de congé de maladie au cours de l'année 2010, que 24 % des absences ont duré plus de cinq jours et la durée moyenne du congé a été de 12 jours (Securex, 2011)[3]. Le taux d'absence pour cause de maladie chez les employés de la fonction publique fédérale a été de 70 % en 2009, considérablement plus élevé que dans le secteur privé, avec 2.8 % des congés ayant duré plus de 30 jours (Medex, 2010)[4]. Selon les données épidémiologiques sur l'absentéisme pour cause de maladie en Belgique couvrant les employés des secteurs privé et public, les problèmes de santé mentale constituent la deuxième cause de congé-maladie de longue durée, après les troubles musculosquelettiques (graphique 3.3).

Graphique 3.3. **Causes des absences pour maladie de 15 jours ou plus chez les salariés en Belgique, 2004-06**



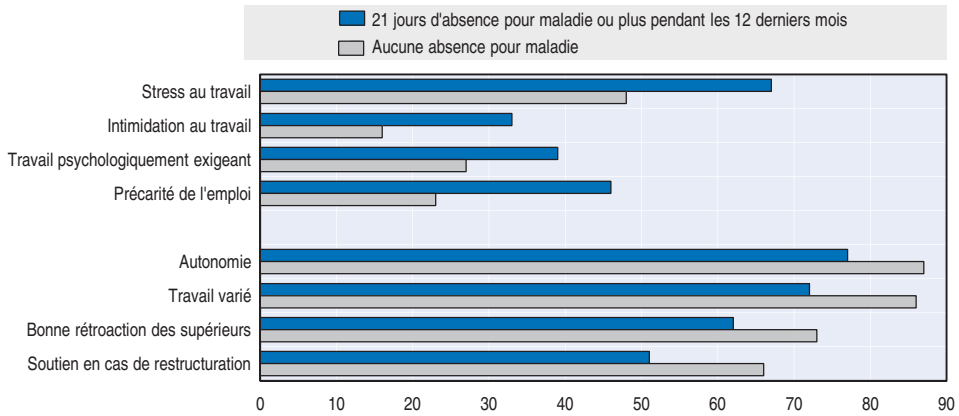
Source : Kittel, F., I. Godin, E. Roy, C. Arnould, G. De Backer, E. Clays et C. Ghysbrecht (2007), « Belstress III Rapport de recherche : recherche des déterminants de l'absentéisme pour cause de maladies chez les hommes et chez les femmes », Université libre de Belgique et Université de Gand.

Le stress au travail est associé à des taux d'absence pour maladie plus élevés et plus longs chez les travailleurs belges. Selon Securex (2010), 67 % des salariés totalisant 21 jours ou plus d'absence pour maladie au cours de l'année précédente déclarent éprouver souvent ou très souvent du stress au travail, par rapport à 48 % seulement de ceux n'ayant pas pris de congés de

maladie[5]. Les salariés en congé de maladie ordinaire ou de longue durée mentionnent également plus souvent un travail psychologiquement exigeant que ceux qui n'ont pas pris de congés de maladie au cours de l'année écoulée, les pourcentages étant de 39 % et 27 % respectivement. D'autres facteurs liés aux aspects organisationnels et aux conditions de travail sont également associés à l'évolution de la durée et de la fréquence des absences pour cause de maladie : modification des tâches et autonomie, brimades au travail, précarité de l'emploi et soutien au cours des restructurations (graphique 3.4).

Graphique 3.4. **Relation entre les conditions de travail et les absences pour cause de maladie**

Pourcentage de travailleurs estimant que les formules ci-après s'appliquent à leurs conditions de travail, en fonction de la durée du congé de maladie



Source : Securex (2010), « Agir face à l'absentéisme », Livre blanc, novembre 2010, Bruxelles.

Les pertes de productivité dues à des troubles mentaux sont importantes

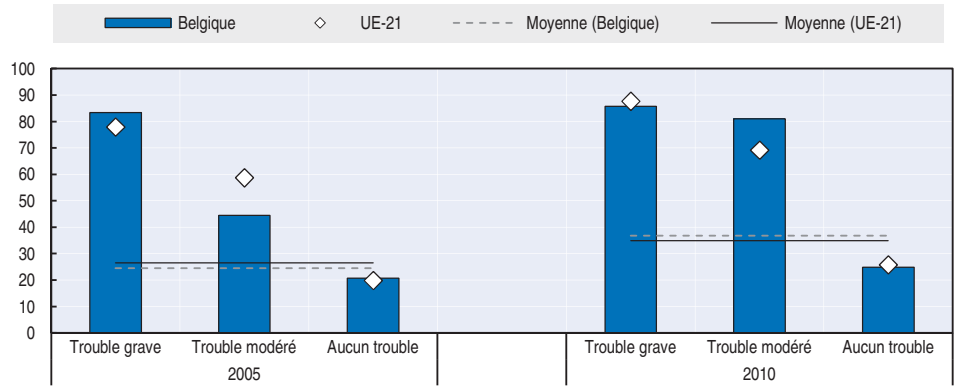
Si de nombreux travailleurs atteints de troubles mentaux ne prennent pas de congés de maladie, ils peuvent en revanche être moins performants. Des données européennes indiquent qu'un grand nombre des travailleurs présentant des troubles mentaux en font moins qu'ils ne le voudraient au travail en raison d'un problème de santé – un phénomène appelé « présentéisme » (graphique 3.5). Ce genre de présentéisme est très fréquent non seulement chez les travailleurs souffrant de problèmes mentaux graves, mais aussi chez ceux dont les troubles sont plus modérés, pour lesquels on a constaté une augmentation importante du présentéisme entre 2005 et 2010.

De même, des données d'enquête belges montrent que ceux qui ont pris 21 jours ou plus de congé maladie au cours de l'année écoulée sont moins performants que ceux qui n'en ont pris aucun. Plus les absences pour maladie sont longues et fréquentes, moins élevés sont les résultats sur une série d'indicateurs subjectifs de performance : productivité, participation au travail et à l'organisation, satisfaction au travail, volonté de changer, esprit d'innovation et d'entreprise (Securex, 2010).

Les supérieurs et les collègues (et souvent les intéressés eux-mêmes) comprennent mal les maladies mentales et les besoins des travailleurs atteints de troubles mentaux ; dès lors, les faibles niveaux de productivité des personnes concernées sont souvent interprétés comme un manque de motivation ou de compétences, avec un risque accru de licenciement. Toutefois, il est reconnu qu'un bon encadrement et un style de gestion adapté font partie des facteurs les plus importants pour promouvoir un bon environnement de travail (Kelloway et Barling, 2010). Comme mentionné dans *Mal-être au travail ?*(OCDE, 2012), le rôle du supérieur hiérarchique est encore plus important pour les personnes atteintes de troubles mentaux, qui sont plus nombreuses à déclarer manquer de respect et de reconnaissance au travail.

Graphique 3.5. **Le présentéisme a augmenté de manière spectaculaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux modérés**

Pourcentage de travailleurs qui ne se sont pas absentés pendant les quatre dernières semaines mais ont été moins efficaces qu'ils ne l'auraient voulu du fait d'un problème de santé mentale ou physique - Belgique et moyenne de 21 pays européens de l'OCDE, 2005 et 2010



Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre, 2005/06 et 2010.

La législation du travail contient des instructions explicites

La Belgique a été l'un des premiers pays à introduire le concept de bien-être au travail dans la législation du travail (voir encadré 3.1). Les employeurs ont l'obligation légale de prendre toutes les mesures préventives nécessaires pour protéger le bien-être de leurs employés. Contrairement à la plupart des autres pays, la législation belge donne des instructions explicites concernant la manière de répondre aux exigences prescrites par la loi dans le domaine de la santé mentale. Tous les employeurs sont notamment tenus de procéder à une évaluation des risques afin de repérer les situations et les facteurs de risque susceptibles de générer une détresse psychosociale due au travail, en tenant compte de la nature de ce dernier, des conditions d'emploi et de travail et des relations de travail. L'analyse des risques est généralement réalisée en collaboration avec une équipe de conseillers en prévention et de représentants des salariés. Sur la base de cette analyse des risques, l'employeur doit en outre élaborer un plan global de prévention sur cinq ans ainsi qu'un plan d'action annuel pour éviter la détresse psychosociale et limiter ses conséquences. Les analyses des risques et les plans de prévention et d'action sont réalisés en collaboration avec une équipe de conseillers et de représentants du personnel.

Les employeurs sont en outre tenus de nommer un conseiller en prévention psychosocial qui assiste l'employeur dans la mise en œuvre de sa politique de prévention des risques psychosociaux. Pour les entreprises employant moins de 50 personnes, ce conseiller devra appartenir à un service de prévention externe (voir encadré 3.2) afin d'éviter les conflits d'intérêt potentiels.

Il est fortement recommandé (mais pas obligatoire) aux employeurs de désigner parmi le personnel une personne de confiance ayant une connaissance approfondie du fonctionnement interne de l'entreprise. La personne de confiance assiste les travailleurs dans le cadre de la procédure interne qui doit être mise en place par tous les employeurs au profit des travailleurs qui estiment être l'objet de violence ou de harcèlement au travail. Le salarié peut aussi déposer une plainte auprès du conseiller en prévention qui fait des propositions de mesures appropriées sur l'organisation du travail (description du poste) ou sur les conditions de travail (placement des salariés dans les bureaux). La législation prévoit également la possibilité pour les salariés de déposer un recours direct auprès de l'Inspection du bien-être au travail ou d'entamer une procédure judiciaires.

Encadré 3.1. **Bien-être au travail**

En Belgique, la réflexion sur la détresse psychosociale au travail a commencé dans les années 90 et a débouché sur la Loi sur le bien-être au travail, le 4 août 1996. Le concept de base de santé et de sécurité au travail a été remplacé par la notion plus large de bien-être au travail, afin de couvrir tous les aspects de l'environnement de travail et de promouvoir une approche multidisciplinaire de la prévention. À l'époque, le concept de « charge psychosociale » était principalement associé au stress causé par le travail. Une convention collective de 1999, applicable au secteur privé, exige des employeurs qu'ils prennent des mesures collectives pour prévenir le stress au travail ou y remédier.

En 2002, un chapitre sur la protection des travailleurs contre la violence et le harcèlement sexuel au travail est ajouté à la Loi sur le bien-être au travail. La loi est complétée par un décret royal spécifiant les mesures préventives et protectrices que les employeurs doivent mettre en place pour lutter contre la violence et le harcèlement. En tant que telle, la loi légitime les plaintes et les demandes d'indemnisation, et fournit un cadre pour la prévention, la détection, le diagnostic et la prise en charge des phénomènes de harcèlement sur le lieu de travail et de leurs effets sur l'individu et l'organisation. Une nouvelle profession est créée – conseiller professionnel pour la prévention des problèmes psychosociaux au travail – et les fonctions de la personne de confiance sont élargies de manière à englober, outre le harcèlement sexuel, toutes les formes de violence, d'intimidation et de harcèlement au travail. De plus, divers outils d'analyse des risques sont développés, dont des questionnaires permettant d'évaluer les risques organisationnels liés aux comportements déplacés (RATOG[1] et IDI[2], par exemple) ; par ailleurs, différentes stratégies participatives de gestion des risques (comme la SOBANE[3], *www.sobane.be*), des formations et des campagnes de sensibilisation (*www.respectatwork.be*, par exemple) sont organisées.

Afin d'aborder la question de la prévention de la détresse psychosociale de façon plus générale, le décret royal de 2007 stipule des mesures de prévention et de protection portant non seulement sur la violence et le harcèlement, mais aussi sur tous les aspects liés à la charge psychosociale, notamment le stress (tant sous un angle collectif qu'individuel), les conflits, les mauvais traitements physiques ou psychologiques, etc.

1. Le RATOG (acronyme néerlandais pour outil d'analyse de risque du harcèlement) analyse brièvement et simplement (23 questions) les principaux facteurs de risques liés aux comportements indésirables (tels que la violence, ou le harcèlement moral et sexuel) dans une entreprise. Le questionnaire peut être utilisé dans tous les secteurs et il en existe une version abrégée (18 questions) pour les petites et moyennes entreprises (RATOG-kmo) (Baillien *et al*., 2006).

2. L'outil d'identification, de diagnostic et d'intervention (IDI) pour faire face aux risques organisationnels de violence, et de harcèlement moral et sexuel au travail comprend trois étapes : consultation, participation et restitution. La consultation consiste en un bref questionnaire (20 questions) envoyé à 5-10 personnes au sein d'une entreprise (par exemple, responsable des ressources humaines, représentant des salariés, personne de confiance, etc.) pour détecter les facteurs de risque dans l'entreprise. Lors de la deuxième étape, le même groupe examine les facteurs de risque et suggère des solutions, résumées dans un plan d'action au cours de la troisième étape (Garcia *et al*., 2007). L'outil IDI est disponible gratuitement sur *www.respectatwork.be.*

3. La SOBANE est une stratégie participative de prévention des risques par étapes qui comprend quatre niveaux : dépistage, observation, analyse et expertise (SOBANE). Les deux premiers niveaux s'appuient sur la connaissance qu'ont les travailleurs de leur situation au travail et s'efforcent de résoudre les problèmes de façon interne en se conformant aux directives détaillées décrites dans la stratégie SOBANE. Ce n'est qu'en l'absence de solution interne qu'il sera fait appel à des conseillers en prévention spécialistes des aspects psychosociaux (et, le cas échéant, à d'autres experts) pour analyser la situation et rechercher des solutions en concertation avec l'entreprise (Malchaire *et al*., 2010).

Encadré 3.2. **Services externes pour la prévention et la protection au travail en Belgique**

Toute entreprise est tenue de créer un service interne de prévention et de protection au travail. Un ou plusieurs conseillers en prévention seront désignés au sein de ce service pour dispenser des conseils sur toute question relative au bien-être des travailleurs et pour assister les différentes parties concernées (employeur, responsables hiérarchiques et travailleurs) dans la mise en œuvre des mesures figurant dans la Loi sur le bien-être au travail. Dans les entreprises comptant moins de 20 salariés, l'employeur pourra être également le conseiller en prévention. Lorsque le service interne n'est pas en mesure d'accomplir l'intégralité des tâches requises, l'entreprise doit faire appel à un service externe de prévention et de protection au travail approuvé par le ministre fédéral de l'Emploi et du Travail.

Les services externes pour la prévention et la protection au travail comprennent deux unités, employant chacune des conseillers spécialisés dans différents domaines :

- *Surveillance médicale* : Les médecins du travail sont assistés par du personnel infirmier et administratif. Ils conseillent les employeurs sur la façon de créer un milieu de travail sain (prévention primaire), d'effectuer des contrôles médicaux réguliers (avec une fréquence annuelle, bi- ou tri-annuelle, en fonction de l'exposition aux facteurs de risque des salariés) pour identifier les problèmes potentiels de santé (prévention secondaire), et d'aider les employeurs dans la réinsertion sociale des salariés après une absence pour congé maladie de longue durée.

- *Gestion des risques* : Les conseillers en prévention travaillent dans des équipes multidisciplinaires afin de réunir diverses compétences. Ils sont spécialisés dans un ou plusieurs des cinq domaines suivants : sécurité au travail, médecine du travail, ergonomie, hygiène du travail et aspects psychosociaux du travail. Au moment de procéder à une évaluation des risques, un même conseiller en prévention ne peut pas représenter plus de deux domaines et c'est toujours la même équipe de conseillers en prévention qui effectue les missions chez un employeur donné.

Pour les entreprises de moins de 50 employés, le conseiller en prévention psychosocial doit appartenir à un service de prévention externe. En outre, ce conseiller ne peut jamais occuper simultanément le poste de conseiller en prévention - médecin du travail afin d'éviter tout conflit entre ces rôles.

Il existe actuellement 13 services externes pour la prévention et la protection reconnus en Belgique, représentés par l'association Co-Prev[1]. Ensemble, ces services externes emploient quelque 3 000 conseillers en prévention, dont 112 conseillers psychosociaux, et couvrent 205 000 entreprises (soit environ un tiers du total) et 3 240 000 salariés des secteurs public et privé (environ 85 % de l'ensemble des salariés). Le nombre de conseillers en prévention qui travaillent dans des services internes de prévention (les grandes entreprises ont tendance à organiser cette activité de façon interne) est estimé à 100-150 environ.

1. Pour la liste et les coordonnées des services externes reconnus de prévention et de protection au travail, prière de consulter *www.emploi.belgique.be/erkenningenDefault.aspx?id=5040.*

La mise en œuvre pratique de la législation reste insuffisante

Une évaluation récente révèle que l'utilité de la législation est reconnue par toutes les parties prenantes, mais sa mise en œuvre pratique concernant le bien-être au travail reste insuffisante (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2011). Premièrement, les employeurs n'entreprennent pas souvent des analyses de risques, les principaux obstacles étant les coûts élevés, en particulier pour les PME qui doivent en général acheter ces services auprès des services de prévention externes, et la résistance des employeurs qui redoutent les analyses négatives et leurs implications potentielles sur l'organisation du travail. Les sanctions administratives en cas de non-respect reviennent moins cher que l'analyse des risques proprement dite. Deuxièmement, l'évaluation a également permis de mettre en lumière que la majorité des employeurs ne connaissent pas leurs obligations légales, ni l'importance et les avantages des politiques de prévention. Le plus souvent, ils ne connaissent pas leur conseiller en prévention psychosocial jusqu'au moment où celui-ci les contacte à la suite d'une plainte d'un travailleur. Bon nombre d'employeurs considèrent cela comme une intrusion dans leur domaine et font obstacle à la coopération avec le conseiller en prévention. La coopération des employeurs est pourtant essentielle pour réduire effectivement la charge psychosociale occasionnée par le travail. Troisièmement, on constate que les employés ne sont pas informés du rôle, voire de l'existence du conseiller en prévention psychosocial et des personnes de confiance. Enfin, les conseillers en prévention psychosociaux n'ont quasiment pas de temps à consacrer à la prévention des risques psychosociaux au travail, car ils sont accaparés par des plaintes de harcèlement au travail. Cette constatation n'est pas surprenant, étant donné que, malgré l'ampleur probable des salariés ayant des troubles mentaux, moins de 5 % des conseillers en prévention sont spécialisés dans les aspects psychosociaux au travail (voir encadré 3.2). En outre, les conseillers en prévention psychosociale ne sont pas toujours formés pour réaliser les diverses évaluations des risques et les nombreux programmes de prévention possibles, et ils sont rarement familiarisés avec le lieu de travail. Toutefois, le manque d'incitations financières pour amener les employeurs à adapter le travail et le lieu de travail tend à décourager les spécialistes de la santé au travail d'agir dans ce domaine et rend difficile la coopération avec certaines entreprises (Mortelmans, 2006).

Conclusion et recommandations

La Belgique est l'un des rares pays dont la législation du travail contient des instructions explicites sur la prévention des problèmes de santé mentale au travail. La mise en application de la législation est toutefois loin d'être

optimale. Les entreprises sont généralement mal informées de leurs obligations et la majorité d'entre elles n'effectuent pas les analyses de risques psychologiques requises par la loi en raison de leur coût élevé et de la connotation négative qui y est attachée. Pourtant, de telles analyses, associées au plan de prévention quinquennal obligatoire et à un plan d'action annuel, pourraient aider les employeurs à limiter les problèmes de santé mentale occasionnés ou aggravés par le travail et à préserver le bien-être de leurs employés. Les conseillers en prévention psychosociaux et les personnes de confiance sont idéalement placés pour seconder les employeurs dans la prévention des problèmes de santé mentale au travail, en particulier dans les PME, qui souvent n'ont ni les ressources ni les connaissances internes nécessaires. La coopération avec les conseillers en prévention psychosociaux externes n'est cependant pas optimale, et s'avère même parfois très médiocre. Les décideurs politiques belges reconnaissent qu'il est nécessaire d'améliorer la mise en œuvre de la législation comme en témoignent les recommandations (dont certaines sont proposées ci-dessous) apportées par le Parlement en 2011 (Chambre des Représentants de Belgique, 2011).

Recommandations

- Il convient d'assurer scrupuleusement la mise en œuvre et le respect des obligations prévues par la législation du travail en matière d'évaluation des risques, et de faire en sorte que les sanctions infligées aux contrevenants soient supérieures au coût d'une telle évaluation. Les entreprises devraient disposer d'un an pour satisfaire à leurs obligations légales, et l'autorité de surveillance obtenir des ressources suffisantes pour veiller à l'application de la législation du travail.
- Des campagnes de sensibilisation devraient être organisées afin que les employeurs soient mieux informés de leurs obligations légales, ainsi que des outils d'évaluation des risques et des mesures de prévention qui existent.
- Afin de mieux mettre en œuvre leurs obligations en matière d'évaluation des risques, les employeurs auront besoin d'une aide accrue de la part de leurs services de prévention. Pour répondre à cette demande, il faudrait augmenter sensiblement le nombre de conseillers en prévention dans le domaine psychosocial et les former afin qu'ils puissent conseiller les employeurs sur la manière d'aborder les problèmes psychosociaux au travail, l'objectif étant de prévenir l'absentéisme pour cause de maladie et les pertes d'emploi.

- Les services externes pour la prévention et la protection au travail doivent accorder moins d'importance aux défis traditionnels (prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) et se préoccuper davantage des nouveaux défis qui se présentent sur le lieu de travail (tels que la prévention des problèmes de santé mentale, le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle après un congé de maladie).

Notes

1. Belstress III est le rapport de recherche épidémiologique sur les déterminants de l'absentéisme pour cause de maladies, l'accent étant mis sur la dimension homme-femme (Kittel *et al*., 2007). Entre 2004 et 2006, 2 983 employés âgés de 30 à 55 ans, appartenant à sept grandes sociétés ou administrations publiques de toute la Belgique ont participé à l'étude. Toutefois, les interviewés ne peuvent pas être considérés comme représentatifs de la population active belge.
2. Les mêmes constatations s'appliquent aux troubles liés à l'anxiété (les résultats ne sont pas présentés ici).
3. Securex est l'un des 13 services externes pour la prévention et la protection au travail en Belgique (voir encadré 3.2 ci-dessous). Ces recherches sur l'absentéisme dans le secteur privé s'appuient sur un échantillon représentatif de 254 305 employés et de 25 480 employeurs, interrogés en 2010.
4. Cette statistique n'est pas fondée sur des données d'enquête mais sur la base de données des absences pour cause de maladie du secteur public fédéral, qui contient des informations sur tous les congés de maladie d'au moins un jour.
5. Ces statistiques s'appuient sur un échantillon représentatif de 1 540 salariés belges du secteur privé, interrogés au début de 2010.

Références

Baillien, E., I. Neyens, H. De Witte et G. Notelaers (2006), « De RATOG and RATOG-KMO: Twee Tools voor de Primaire Preventie van Ongewenst Gedrag op het Werk », *Over Werk*, vol. 1-2, Tijdschrift van het Steunpunt WAV, Uitgeverij Acco, pp. 126-130.

Chambre des Représentants de Belgique (2011), « Proposition de Recommandations de la Commission des Affaires Sociales Relative au Harcèlement au Travail, 14 juillet 2011 », 2e session de la 53e Législature, Doc n° 53 1671/002, Bruxelles.

Garcia, A., B. Hacourt and S. de Thomaz (2007), « Guide d'I.dentification de D.iagnostic et d'I.ntervention sur les Facteurs Organisationnels Générant Violence et Harcèlement au Travail », Cap Sciences Humaines, Association sans but lucratif associée à l'Université Catholique de Louvain.

Kelloway, K. et J. Barling (2010), « Leadership Development as an Intervention in Occupational Health Psychology », *Work and Stress*, vol. 24, n° 3, pp. 260-279.

Kittel, F., I. Godin, E. Roy, C. Arnould, G. De Backer, E. Clays et C. Ghysbrecht (2007), « Belstress III Rapport de recherche : recherche des déterminants de l'absentéisme pour cause de maladies chez les hommes et chez les femmes », Université libre de Belgique et Université de Gand.

Malchaire, J., A. Piette, W. D'Horre et S. Stordeur (2010), *The SOBANE Strategy Applied to the Management of Psychosocial Aspects*, Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, Bruxelles.

Medex (2010), *L'absentéisme pour maladie chez les fonctionnaire fédéraux 2008-2009*, Administration de l'expertise médicale (Medex), Bruxelles.

Mortelmans, K. (2006), « Enhancing Work Resumption of Patients on Sub-Acute Sickness Absence. Intervening in Information Asymmetry among Medical Stakeholders Involved in Disability Management in Belgium », Leuven University Press.

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr.*

Securex (2010), « Agir face à l'absentéisme », Livre blanc, novembre 2010, Bruxelles.

Securex (2011), *Absentéisme dans le secteur privé : Benchmark Belgique 2010*, Livre blanc, avril 2011, Bruxelles.

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (2011), « Évaluation de la législation relative à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail, dont la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail », Bruxelles, *www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=34448.*

Chapitre 4

Le régime de prestations de maladie et d'invalidité en Belgique

Ce chapitre examine le rôle et le fonctionnement du régime belge d'assurance maladie-invalidité. Il s'intéresse plus particulièrement aux responsabilités des principales parties prenantes – employeurs, services de santé au travail, médecins traitants et mutualités – et aux incitations susceptibles de les amener à se préoccuper sans attendre des absences pour maladie et à réintégrer dès que possible les travailleurs concernés. Le chapitre aborde également les mesures de réintégration dont disposent les mutualités.

Lorsqu'elles sont fréquentes et prolongées, les absences pour maladie peuvent facilement devenir un obstacle majeur au maintien ou au retour au travail des bénéficiaires. Il importe donc d'assurer un suivi systématique des congés de maladie et de réagir rapidement, en concertation avec l'employeur, afin d'empêcher que les personnes atteintes de troubles mentaux se coupent du marché du travail, voire que s'instaure chez elles une dépendance à l'égard des pensions d'invalidité de longue durée. Plus le soutien intervient à un stade précoce, meilleures sont les chances d'éviter une aggravation de la maladie ou une comorbidité avec des troubles somatiques ou d'autres troubles mentaux – deux facteurs qui rendent particulièrement difficile la réinsertion sur le marché du travail.

L'accent n'est pas mis sur la gestion des maladies ou le retour au travail

Pendant le premier mois de congé maladie (ou pendant les deux premières semaines dans le cas des ouvriers ; voir l'encadré 4.1 pour plus de précisions sur la distinction entre ouvriers et employés en Belgique), c'est l'employeur qui verse les indemnités de maladie (on parle de « période de salaire garanti »). Le travailleur doit informer l'employeur de son incapacité et, si le contrat ou la convention collective l'exige (ce qui est généralement le cas), présenter un certificat médical dans les 48 heures. L'employeur peut demander la visite d'un médecin-contrôleur, qui vérifie l'incapacité et la durée du congé prescrit par le médecin traitant. Les raisons de l'absence pour maladie, ainsi que les autres informations d'ordre médical, sont confidentielles et ne peuvent être communiquées à l'employeur.

Si la durée du congé est supérieure à un mois (à deux semaines pour les ouvriers), la mutuelle santé (« mutualité » – se reporter au chapitre 1 pour plus de détails sur le cadre institutionnel) et le conseiller en prévention-médecin du travail doivent en être informés. Le versement des indemnités de maladie de l'assuré incombe alors à la mutualité[1]. Le travailleur doit fournir à celle-ci, avant la fin de la période de salaire garanti (sous peine de voir ses indemnités réduites de 10 % pendant la période de retard), un certificat médical (rempli par le médecin traitant) indiquant les raisons de l'absence et la date de début du congé. Il incombe à l'employeur d'en informer le médecin du travail.

Les sections ci-après décrivent le rôle de chaque principale partie prenante dans la gestion des maladies. Plus particulièrement, les employeurs et leurs médecins du travail, les médecins traitants et les médecins contrôleurs, les mutualités et les médecins-conseils ont tous une fonction cruciale spécifique pour aider le travailleur concerné à se rétablir et à reprendre son travail.

Encadré 4.1. **Distinction entre ouvriers et employés en Belgique**

En Belgique, les travailleurs du secteur privé sont répartis en deux grandes catégories : les ouvriers (42 % des salariés du secteur privé en 2011[1]) et les employés (58 % des travailleurs du secteur privé).

Les distinctions entre ces deux groupes figurent dans le droit individuel du travail, ainsi que dans l'ensemble des grandes structures du régime du travail. En cas de licenciement, par exemple, le préavis est plus court pour un ouvrier, qui reçoit par conséquent une indemnité compensatoire moins importante qu'un employé[2]. On relève d'autres différences dans les droits et obligations réciproques de l'employeur et du salarié, concernant par exemple la durée de la période d'essai initiale et la fréquence de paiement des salaires. Il existe par ailleurs des syndicats différents pour les ouvriers et les employés, des commissions mixtes différentes, des listes séparées pour les élections au conseil d'entreprise et à la commission sur la santé et la sécurité au travail ; les prud'hommes sont également distincts.

La Belgique est l'un des rares pays de l'OCDE à maintenir une distinction entre ouvriers et employés. Le Luxembourg a harmonisé en 2008 les réglementations relatives à ces deux catégories de travailleurs et l'Autriche a adopté en 2003 le système *Abfertigung Neu* – cadre unifié régissant les indemnités de licenciement. Si, en Belgique, les partenaires sociaux s'accordent à juger cette distinction périmée et mènent des négociations depuis plusieurs années, ils ne sont pas encore en mesure, pour des raisons politiques et financières, de s'entendre sur la définition d'un statut unique des travailleurs. Les litiges relatifs à la classification ouvriers-employés sont déférés aux tribunaux du travail (prud'hommes), par le biais desquels cette distinction est aujourd'hui remise en cause au motif qu'elle est incompatible avec le principe d'égalité devant la loi inscrit dans la Constitution.

1. *Source* : Direction générale Statistique et Information économique (*http://statbel.fgov.be*).

2. La législation belge du travail ne prévoit pas d'indemnités de licenciement au sens strict du terme. Toutefois, en cas de renvoi sans préavis, le travailleur perçoit une indemnité compensatoire correspondant à la période de préavis.

Les employeurs n'ont pas de rôle actif dans le sens d'une intervention précoce

En règle générale, les employeurs n'interviennent pas activement pour favoriser le maintien au travail et l'intégration des personnes qui souffrent de troubles mentaux, car les incitations financières sont limitées à cet égard. Pendant la période de salaire garanti, les employeurs sont les seuls (outre le médecin traitant) à être informés de l'absence d'un salarié et, à ce titre, sont les mieux placés pour exercer un suivi en la matière. Pourtant, leur responsabilité financière dans la prise en charge des indemnités de maladie étant limitée à un mois/deux semaines, il est difficile de les motiver à soutenir le salarié sur le chemin du retour à l'emploi au-delà de cette période ; cela est d'autant plus vrai que bon nombre d'employeurs jugent moins coûteux de recruter et de former un travailleur que de conserver dans

ses effectifs une personne ayant des problèmes de santé (mentale) et d'adapter son poste en conséquence (OCDE, 2010). Bien que l'employeur doive signaler au conseiller en prévention-médecin du travail toute incapacité de travail de plus de quatre semaines, cette obligation est rarement respectée dans la pratique puisqu'il est libéré de toute prestation financière. Même s'il informe le médecin du travail, celui-ci n'a guère – voire pas du tout – le temps d'intervenir, en raison des examens médicaux réguliers qui occupent l'essentiel de son agenda.

Aux termes de la Loi sur le bien-être au travail, le médecin du travail de l'entreprise a un rôle actif à jouer pour aider le travailleur à se rétablir ou à apprendre à gérer son état de santé de manière à pouvoir rester au travail. Tout en fournissant aux employeurs les conseils nécessaires à la création d'un environnement sain au travail (prévention primaire) et en procédant régulièrement à des examens médicaux afin de repérer d'éventuels problèmes de santé (prévention secondaire), le conseiller en prévention-médecin du travail a également, depuis 2003, la possibilité d'aider à la réintégration des employés au terme d'une absence prolongée pour cause de maladie. En particulier, après un congé maladie d'au moins quatre semaines, les employés peuvent solliciter une consultation auprès du médecin du travail et aborder avec lui la question de l'aide dont ils pourraient avoir besoin pour reprendre leur activité. Cet examen médical permettrait aussi au médecin de demander à l'employeur l'adaptation du poste ou des conditions de travail. Pourtant, rares sont les salariés qui ont connaissance de cette possibilité : en effet, ils associent principalement le médecin du travail aux examens médicaux périodiques (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2009). D'autre part, la loi interdit au médecin du travail de prendre contact avec le salarié pendant le congé de maladie de ce dernier.

Spécialiste des questions psychosociales et des problématiques liées aux conditions de travail, le conseiller en prévention pour les aspects psychosociaux (et conseiller confidentiel interne) pourrait apporter une contribution particulièrement utile à la réintégration des personnes souffrant de troubles mentaux. Or, la consultation de reprise du travail est toujours menée par le médecin du travail, dont les contacts avec le conseiller en prévention pour les aspects psychosociaux sont très limités, voire inexistants, en dépit du fait qu'ils appartiennent au même service externe chargé de la prévention et de la protection au travail. Le médecin du travail est davantage susceptible de prendre contact avec le médecin traitant ou le psychiatre du salarié pour obtenir des informations quant à l'état de santé de celui-ci.

La maladie constitue un motif valable de rupture du contrat de travail en Belgique ; en outre, l'employeur peut se voir dispensé de ses obligations en

matière de préavis si le médecin du travail déclare le salarié définitivement inapte au travail (on parle alors de « force majeure médicale »)[2]. L'employeur est cependant tenu de prendre toutes les mesures nécessaires pour aménager les conditions de travail de façon à les rendre compatibles avec les capacités du travailleur, ou pour lui proposer une activité différente. Ce n'est qu'en cas d'échec de la tentative de réintégration (pour cause d'impossibilité technique ou objective, de coût excessif ou de refus du travailleur), et de confirmation de l'incapacité permanente par le médecin-inspecteur social du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, que l'employeur peut licencier le travailleur pour cause de force majeure médicale.

La consultation avec le médecin du travail a donc un rôle ambigu. D'une part, le salarié peut prendre contact avec ce médecin pour examiner les options envisageables en vue de sa réintégration après un long congé pour maladie. D'autre part, le médecin du travail peut juger le salarié inapte, donnant ainsi à l'employeur la possibilité de licencier la personne sans autres obligations. Il n'est donc guère surprenant que très peu de travailleurs malades s'adressent spontanément au médecin du travail pour évoquer les mesures susceptibles de faciliter leur retour, car ils craignent de perdre leur emploi[3].

Le salarié opte parfois pour l'option de la force majeure médicale pour avoir accès aux allocations de chômage. Si un travailleur en congé de maladie craint qu'une amélioration de son état lui fasse perdre le droit aux indemnités de maladie, mais ne souhaite pas retourner chez le même employeur, il essaie de s'entendre avec celui-ci afin de se faire licencier pour raisons médicales. Cette solution exonère l'employeur des obligations liées à la période de préavis et permet au salarié de percevoir des indemnités de chômage auxquelles il ne pourrait prétendre en cas de départ volontaire. La législation relative à la force majeure médicale a été renforcée en 2007 afin de limiter ce type de fraude sociale, mais les services de prévention externes se plaignent encore de subir des pressions excessives visant à les inciter à déclarer invalide un travailleur. De faits, certains faits rapportés semblent indiquer que la visite médicale auprès du médecin du travail débouche presque toujours sur une attestation d'invalidité, plutôt que sur un plan de réintégration du salarié.

Les médecins traitants ne sont pas impliqués dans le processus de réintégration

Tout comme l'employeur, le médecin traitant est un acteur essentiel dans le processus de suivi et de gestion des maladies. La décision qu'ils prennent concernant l'état de santé d'une personne donnée détermine la

durée de la période pendant laquelle cette personne pourra être absente du travail et prétendre à des indemnités de maladie. Il s'agit d'une question cruciale, car autoriser un travailleur à rester longtemps sans travailler diminue fortement ses chances de réussir sa réintégration.

Ainsi qu'on a pu le constater dans de nombreux pays, les décisions des médecins traitants sont très variables en matière de congé-maladie, notamment pour ce qui concerne la durée. Dans la plupart des cas, les souhaits du patient (qui demande généralement un congé plus long) constituent la seule incitation manifeste qui entre en jeu (OCDE, 2010). Plusieurs pays (Irlande, Pays-Bas et Suède, par exemple) ont défini des lignes directrices médicales quant à la « durée idéale » du congé de maladie – élaborées à partir de données scientifiques et acceptées par le corps médical – afin d'encourager un retour au travail plus rapide (OCDE, 2010). Ce type de lignes directrices n'existe pas en Belgique, bien que leur adoption ait été demandée par la Société scientifique de santé au travail et l'Association scientifique de médecine d'assurance (SSST-ASMA, 2010 et Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2009). Les médecins contrôleurs – qui sont engagés par les entreprises, mais ont un rôle différent de celui des médecins du travail[4] – peuvent dans une certaine mesure limiter les abus et restreindre l'octroi de congés maladie d'une durée excessive ; cependant, faute de tests permettant une évaluation objective pour la plupart des problèmes de santé mentale, il est très difficile de déceler les abus potentiels. En outre, le contrôle des absences pour maladie ciblent plutôt les absences courtes mais fréquentes, censées être plus préjudiciables au bon fonctionnement de l'entreprise que les absences de longue durée (Securex, 2011). Ils ne contribuent donc guère à réduire les congés de maladie qui se prolongent indûment.

Par ailleurs, les médecins traitants sont actuellement peu impliqués dans le processus de réinsertion des travailleurs malades (VBO, 2011). Ce sont eux, pourtant, qui connaissent le mieux la situation médicale et socio-familiale du salarié : leur soutien peut ainsi se révéler à la fois indispensable et décisif pour inciter le travailleur à reprendre le travail (Mortelmans *et al.*, 2006). Les contacts sont malheureusement très limités entre les médecins traitants, les médecins des compagnies d'assurance et les médecins du travail ; il est également peu fréquent que les médecins traitants interviennent dans la décision d'accorder ou de suspendre une indemnité de maladie ou d'invalidité (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2009).

Les mutualités restent trop passives en ce qui concerne la gestion des absences pour maladie

Alors qu'elles pourraient assumer une fonction de régulation de l'accès aux prestations de maladie, les mutualités restent au contraire très passives ; elles ne semblent pas s'intéresser vraiment à la gestion des maladies ou au retour au travail, malgré que la réinsertion professionnelle des travailleurs malades fasse partie de leurs responsabilités et que plusieurs outils d'activation aient été mis en place (voir l'encadré 4.2). Qui plus est, les mutualités ne sont pas incitées financièrement à encourager une reprise rapide du travail ; en effet, le budget que leur alloue l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) repose essentiellement sur le nombre d'adhérents, seule une portion très modeste étant tributaire des résultats.

C'est le médecin traitant qui évalue l'état de santé de l'assuré, mais cet avis doit être confirmé (ou infirmé) par le médecin-conseil de la mutualité dans les cinq jours qui suivent la réception du certificat médical établi par le médecin traitant (lequel doit être adressé à la mutualité avant la fin de la période de salaire garanti – voir plus haut). Le médecin-conseil de la mutualité doit proposer une visite médicale à l'assuré : la décision sur la date de la visite lui appartient pleinement, la seule contrainte étant que toute personne dont le congé de maladie atteint une année doit avoir fait l'objet d'au moins un contrôle. Il est fréquent qu'un laps de temps long et précieux s'écoule sans qu'aucune mesure soit prise pour tenter d'abréger la période d'absence. C'est d'autant plus regrettable que le régime belge de prestations de maladie et d'invalidité, beaucoup plus intégré que ceux d'autres pays, permettrait facilement une intervention précoce. Contrairement à ce que l'on observe dans de nombreux pays de l'OCDE, l'INAMI a la responsabilité financière les indemnités de maladie et d'invalidité, en appliquant les mêmes critères d'éligibilité dans les deux cas. C'est donc cet organisme qui bénéficierait au premier chef d'une intervention rapide.

Le régime de maladie et invalidité belge utilise une définition médico-économique de la maladie et l'invalidité : pour pouvoir percevoir les allocations, un travailleur doit subir une perte de capacité de salaire d'au moins 66 % à la suite d'une blessure ou de difficultés fonctionnelles, ou d'aggravations de celles-ci. Tout travail effectué ou qui pourrait l'être selon les qualifications et l'expérience de la personne est considéré. Toutefois si la maladie suit une évolution favorable, seule l'occupation normale est prise en compte pendant les six premiers mois pour déterminer la capacité de perte de salaire.

Encadré 4.2. **Mesures d'activation de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)**

Travail à temps partiel

Depuis 1996, les bénéficiaires de prestations de maladie et d'invalidité sont autorisés à travailler à temps partiel et à cumuler indemnités de maladie et rémunération, sous réserve que trois conditions soient remplies : l'incapacité de travail doit être d'au moins 50 % ; l'emploi ne compromet pas la santé de la personne ; le médecin-conseil de la mutualité a donné son accord au préalable. Ce médecin se prononce également quant à l'intensité et à la durée du travail à temps partiel, laquelle peut cependant être illimitée dans le temps. Temps partiel ne signifie pas nécessairement mi-temps : la durée du travail peut être plus ou moins longue, pour autant que le taux d'incapacité demeure supérieur à 50 %. Si une amélioration de l'état de santé est envisagée, le nombre d'heures et de jours prestés peut augmenter progressivement jusqu'à ce que le bénéficiaire soit prêt à reprendre un emploi régulier ou à temps complet.

Les prestations sont ajustées automatiquement en fonction du revenu découlant de cet emploi. Selon les calculs effectués par Bogaerts *et al.* (2009), en tenant compte de la situation du ménage et des variations dans les prélèvements et les prestations liées à ce retour partiel au travail, un temps partiel au niveau de rémunération minimal entraîne dans tous les cas une augmentation du revenu net total, pouvant aller de 1 % (pour une personne seule avec des enfants à charge qui perçoit l'indemnité de maladie ou d'invalidité maximale et recommence à travailler à tiers temps) à 63 % (pour une personne en couple, sans enfant, qui perçoit l'indemnité de maladie ou d'invalidité minimale et recommence à travailler à mi-temps). Le passage de l'indemnité de maladie ou d'invalidité minimale à un temps complet au niveau de rémunération minimal entraîne également une augmentation des revenus pour toutes les personnes concernées, indépendamment de la situation du ménage (de 12 % si le travailleur ne perçoit plus d'indemnités, à 82 % s'il peut en conserver une partie, comme dans le cas des emplois protégés, par exemple). Ce n'est que lorsque le bénéficiaire passe de l'indemnité de maladie ou d'invalidité maximale à un temps complet au niveau de rémunération minimal qu'il verra ses revenus diminuer (de -2 % à -18 %), indépendamment de la situation du ménage (sauf dans le cas d'un couple sans enfants disposant de deux sources de revenus).

Bénévolat

Les bénéficiaires de prestations de maladie et d'invalidité sont autorisés à exercer une activité bénévole sans perdre leurs droits à indemnités, mais doivent respecter les mêmes conditions que pour le temps partiel. Le bénévolat n'est pas considéré comme un travail à proprement parler et peut également être exercé à temps complet.

Réadaptation professionnelle

Les bénéficiaires de prestations de maladie et d'invalidité peuvent suivre un programme de formation ou de réadaptation ; leur participation n'est cependant pas obligatoire et le programme doit avoir été approuvé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Depuis juillet 2009, en effet, les frais liés à la formation (inscription, matériel, transports publics, etc.) sont couverts par cet organisme, sans limitation quant à la durée du programme ou à son coût (pour autant que l'INAMI ait donné son accord). Les participants conservent leurs indemnités et reçoivent un euro pour chaque heure de formation, plus un montant forfaitaire de 250 EUR à la fin du programme. À l'issue de la formation, les participants ne disposent que de six mois pour trouver un emploi ; passé ce délai, ils perdent leurs indemnités de maladie.

Depuis 2006, l'insertion professionnelle des travailleurs malades relève, d'un point de vue juridique, des médecins-conseils des mutualités, mais la démarche reste très axée sur le volet médical, sans prendre en compte les aspects liés à l'emploi (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2009). Les programmes de réinsertion sont généralement présentés par le médecin-conseil de la mutualité lors du contrôle médical, et ne donnent lieu à un suivi de la part de travailleurs sociaux que si l'assuré se montre intéressé par un programme particulier. La visite médicale avec le médecin-conseil (ou « visite de contrôle » – voir, par exemple, la brochure d'information de 2010 de la Mutualité Libre Securex, qui est l'une des mutualités belges) est souvent brève et de pure forme, destinée davantage à « constituer un dossier » qu'à aider les assurés à reprendre le travail (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2009). Par ailleurs, le médecin-conseil de la mutualité n'a pas, ou guère d'informations concernant l'environnement professionnel de l'assuré ; il n'a pas non plus de contacts avec le médecin du travail, ni avec les centres d'emploi publics. Enfin, la décision relative à la réadaptation professionnelle est prise exclusivement par les médecins, sans intervention de spécialistes de l'emploi.

Les mesures d'intégration/de réintégration existantes ne sont pas toujours adaptées aux personnes atteintes de troubles mentaux. En premier lieu, la réadaptation professionnelle est plus simple chez les personnes souffrant d'une incapacité physique – un travailleur qui, ayant perdu un bras, se trouve dans l'impossibilité d'exercer sa fonction, devrait être formé à une autre activité. S'agissant des personnes présentant des troubles mentaux, la réadaptation professionnelle doit être envisagée de façon beaucoup plus large : ainsi, pour nombre d'entre elles, une formation et un accompagnement sur le tas peuvent s'avérer les mieux indiqués. Malgré cela, l'INAMI ne propose pas ce type de service et la coopération avec les centres publics de l'emploi n'a débuté que très récemment ; pour l'instant, le taux de participation aux programmes actifs du marché du travail des bénéficiaires de prestations maladie et invalidité est très faible (voir chapitre 6). Deuxièmement, les participants perdent leurs droits aux indemnités d'incapacité de travail dans un délai de six mois après la fin de la formation. Cette règle repose sur l'idée que la réadaptation professionnelle rend sa capacité de travail au participant, qui est dès lors censé rentrer sur le marché du travail. Cependant, les personnes concernées ne bénéficient quasiment d'aucun soutien dans leurs recherches (chaque centre dispose d'un seul conseiller en emploi), ce qui dissuade nombre d'entre elles de suivre le processus de réadaptation. Troisièmement, s'il est légalement possible d'augmenter progressivement le nombre d'heures de travail, la démarche reste difficile pour l'employeur d'un point de vue administratif, car elle suppose une modification du contrat de travail. Un retour progressif au travail offrirait néanmoins aux personnes atteintes de troubles mentaux

une possibilité intéressante de se réhabituer au rythme du travail et de se débarrasser de la crainte de ne pas être à la hauteur. Quatrième et dernier point : les personnes dont le problème de santé (mentale) présente un faible taux de récurrence et qui auraient besoin temporairement d'un emploi à temps partiel (associé à des indemnités partielles) sont obligées de percevoir d'abord l'intégralité des prestations, puis de solliciter un temps partiel.

Il résulte de ce qui précède que la mise en œuvre de mesures d'activation reste peu fréquente, même si la majorité des travailleurs en congé maladie de longue durée souhaitent reprendre le travail et auraient besoin d'aide pour ce faire. Au vu des statistiques fournies par l'INAMI pour 2010, 3.4 % seulement des bénéficiaires d'indemnités de maladie ont profité de la possibilité de travailler à temps partiel, et moins de 0.2 % d'entre eux se sont lancés officiellement dans une activité bénévole (aucune statistique n'est établie quant à la cause (diagnostic) du congé-maladie). Les données concernant l'administration flamande confirment ces chiffres : 5.8 % seulement des employés qui perçoivent des indemnités de maladie pendant moins d'un an participent au programme de retour progressif au travail (Bestuurszaken, 2011).

Une petite enquête menée en 2011 auprès de 100 personnes en arrêt maladie de longue durée (entre trois et six mois) dans la province de Liège a montré que la plupart d'entre elles souhaitaient un aménagement de leur fonction afin de pouvoir reprendre rapidement le travail (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2009). Plus précisément, il leur faudrait une activité moins exigeante, une diminution de leur temps de travail et/ou une aide de la part de leurs collègues. Selon l'enquête, les principaux obstacles à la reprise – outre l'absence d'amélioration de leur état de santé – sont le manque de compréhension chez leurs collègues, de longs temps de traitement, la crainte de ne pas être efficaces à leur retour et de ne pas pouvoir évaluer leur capacité de travail avant la reprise (qui se fait généralement d'emblée à temps complet).

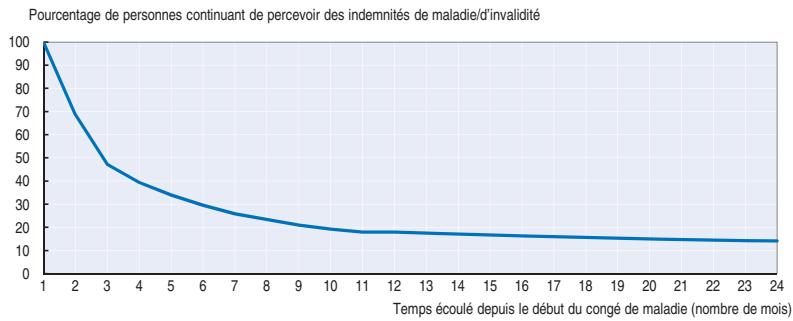
Une enquête réalisée en Flandre en 2001-03 auprès d'un échantillon de 1 900 personnes en arrêt maladie de longue durée avait confirmé leur volonté de travailler (et leurs possibilités à cet égard) : huit personnes sur dix étaient prêtes à envisager un temps partiel pendant la phase de guérison (Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2009). Bien que ces enquêtes n'opèrent pas de distinction quant aux causes sous-jacentes au congé de maladie, les résultats devraient être tout particulièrement pertinents dans le cas de personnes atteintes de troubles mentaux.

Des indemnités de maladie aux prestations d'invalidité : une transition en douceur

Avant la fin de la première année d'arrêt maladie, le médecin-conseil de la mutualité adresse à la commission médicale de l'INAMI une recommandation quant à l'aptitude du bénéficiaire à travailler. Sur la base de ce document, la commission décide d'accepter ou de rejeter la demande de prestation d'invalidité ; ce n'est qu'en cas de désaccord entre la commission et le médecin-conseil de la mutualité qu'une nouvelle évaluation médicale sera requise. Globalement, la décision quant à l'admissibilité de l'assuré se fonde avant tout sur des considérations médicales et sur le point de vue des seuls médecins, sans que l'employeur, les travailleurs sociaux ou des spécialistes des questions d'emploi aient leur mot à dire.

Dans la pratique, la quasi-totalité des demandes de pension d'invalidité sont acceptées. En 2010, 44 000 personnes – soit environ 18 % du total des bénéficiaires d'indemnités de maladie dont l'absence s'était prolongée au-delà d'un mois – se sont vu accorder des prestations d'invalidité[5]. Un tiers d'entre elles environ souffraient au premier chef de troubles mentaux. On ne dispose malheureusement d'aucune information concernant le nombre de demandes refusées, mais les données relatives à la durée du versement de ces prestations montrent qu'il n'y a pas de cassure dans le taux de sortie des indemnités maladie vers un emploi au bout d'un an, c'est-à-dire au moment de la transition des indemnités de maladie aux prestations d'invalidité (graphique 4.1).

Graphique 4.1. **La reprise du travail devient difficile après trois mois de congé de maladie, 2010**



Note : Les informations dont dispose l'INAMI portent exclusivement sur les absences pour lesquelles les mutualités versent des indemnités de maladie, c'est-à-dire celles dont la durée dépasse la période de salaire garanti. Afin de fournir une illustration cohérente pour le ouvriers et les employés, l'axe vertical indique le nombre de personnes bénéficiant de prestations de maladie ou d'invalidité en pourcentage du nombre de personnes percevant une indemnité de maladie pendant au moins un mois. Toutefois, le délai écoulé depuis le début du congé (axe horizontal) tient compte de la période de salaire garanti. La courbe relative au nombre de sorties s'appuie sur la durée des prestations de maladie (douze premiers mois) et les sorties du régime d'invalidité (à partir du treizième mois) pour 2010.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir de données de l'INAMI.

Quelque 2.5 % des bénéficiaires dont le congé de maladie atteint une durée d'un an sortent du système à ce moment-là. Cela n'est pas nécessairement dû au rejet de leur demande de pension d'invalidité : il se peut aussi que leur état de santé se soit amélioré et qu'ils soient en mesure de reprendre le travail.

Il est fréquent qu'un assuré sorte du régime d'invalidité

Le taux de sorties du régime d'invalidité est cependant élevé, en Belgique, par rapport aux autres pays de l'OCDE. En 2008, 7.3 % du nombre total de bénéficiaires ont repris un travail ou ont perdu leur droit aux prestations d'invalidité. Dans les autres pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données (à quelques exceptions près)[6], le taux de sorties se situait alors aux environs de 1-2 % (graphique 4.2). Le pourcentage de personnes qui trouvent un travail est particulièrement élevé en Belgique, où il représente à peu près la moitié des sorties du système pour des raisons autres que le décès ou le départ en retraite, contre seulement 20 % et 35 % en Nouvelle-Zélande et en Suède respectivement, ces deux pays étant les seuls pour lesquels on dispose de ce type de données. Un tel résultat est assez surprenant au vu de l'approche relativement passive adoptée par l'INAMI et par les mutualités. Si les sorties du régime d'allocations d'invalidité (voir la section suivante) sont prises en compte également, la proportion pour l'ensemble de la Belgique tombe à 4.9 %, mais reste supérieure à ce qu'elle est dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

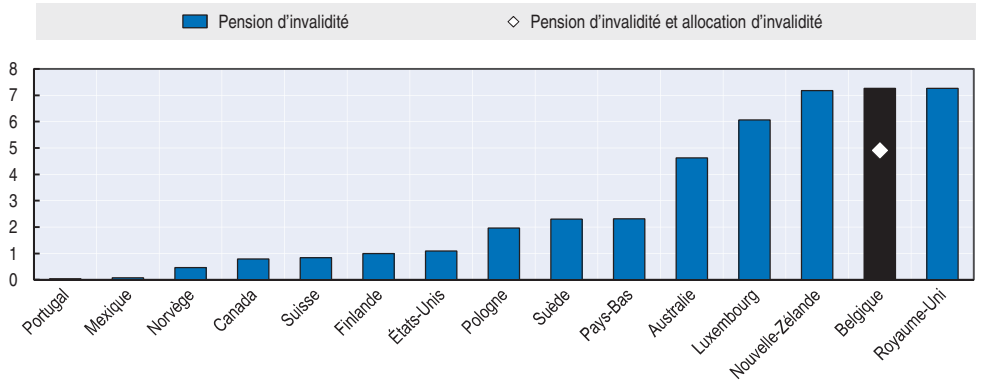
Le pourcentage élevé de sorties du régime d'invalidité tient au fait qu'il ne s'agit pas, en Belgique, d'une prestation permanente par nature, contrairement à ce que l'on observe dans la majorité des autres pays. Même après acceptation d'une demande de pension d'invalidité, le médecin-conseil de la mutualité peut demander des visites de contrôle régulières – la fréquence est déterminée par la nature de troubles et les chances de guérison, mais la décision appartient entièrement au médecin-conseil – au cours desquelles l'aptitude du bénéficiaire à travailler sera réévaluée. Le médecin-conseil peut à tout moment décider de mettre fin au droit à prestations, sans avoir à solliciter l'autorisation de la commission médicale de l'INAMI. Il ressort des données fournies par l'INAMI que les bénéficiaires perçoivent des indemnités d'invalidité pendant 1.6 année en moyenne (ce qui s'ajoute à une année d'indemnités de maladie) avant de perdre leurs droits, alors que la durée moyenne des prestations avant le retour au travail est de près de deux ans.

Les personnes atteintes de troubles mentaux bénéficient plus longtemps des prestations d'invalidité avant de perdre leurs droits ou de reprendre le travail que celles souffrant de troubles musculosquelettiques (TMS). La

durée moyenne pour ces deux catégories d'assurés est de 1.9 et 1.4 ans respectivement en cas de perte des droits et de 2.1 et 1.6 ans pour le retour à l'emploi (graphique 4.3, partie A).

Graphique 4.2. **Le nombre de sorties du régime d'invalidité est relativement élevé en Belgique**

Sorties annuelles du régime d'invalidité, en pourcentage du nombre total de bénéficiaires, dernière année disponible[a, b]



a. Dans les sorties sont comptabilisés les cas de retour au travail et de passage à une autre forme d'inactivité, ainsi que les personnes ayant perdu leur droit à percevoir une indemnité. Ne sont pas pris en compte les décès et les transferts vers un régime de pension de retraite.

b. Les données portent sur 2004 pour le Luxembourg, 2005 pour l'Australie et le Royaume-Uni, 2006 pour la Finlande, 2007 pour le Canada, la Pologne, le Portugal et les États-Unis et 2008 pour la Belgique, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, le Mexique, la Suède et la Suisse. Les données relatives au Canada et aux États-Unis se réfèrent exclusivement aux régimes financés par cotisations, celles de la Pologne au régime des agriculteurs financé par cotisations, et celles du Royaume-Uni aux prestations d'invalidité de longue durée.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

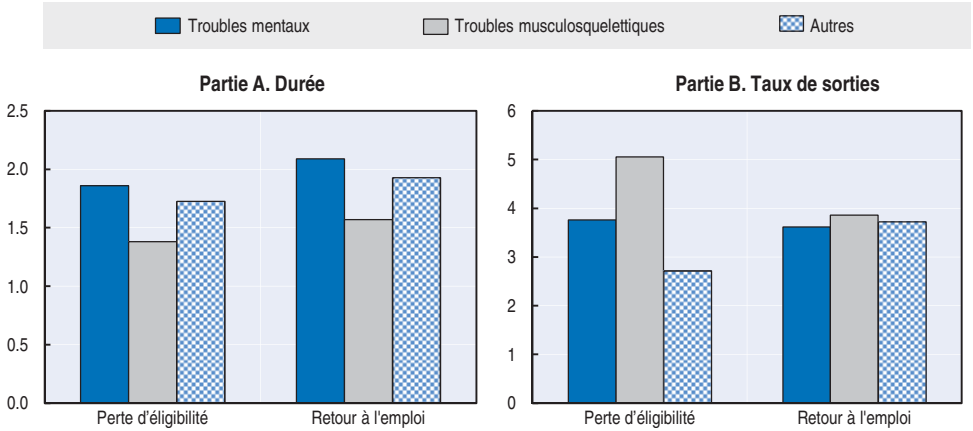
En outre, le taux d'éligibilité est plus faible chez les personnes souffrant de troubles mentaux que chez celles qui sont atteintes de TMS (3.8 % et 5.1 % respectivement), mais plus élevé que chez les bénéficiaires de pensions d'invalidité qui souffrent d'autres pathologies (2.7 % ; graphique 4.3, partie B).

Le pourcentage de retour à l'emploi est sensiblement le même, quelle que soit la cause de l'incapacité. Les données de l'Australie, des Pays-Bas et des États-Unis mettent en évidence des conclusions analogues : les bénéficiaires de prestations d'invalidité qui souffrent de troubles mentaux sont sous-représentés parmi les personnes qui perdent leurs droits et la

probabilité d'une sortie du régime de prestations pour cause de guérison est également plus faible dans ce groupe de bénéficiaires que ceux qui présentent des TMS (OCDE, 2012).

Graphique 4.3. **Les personnes souffrant de troubles mentaux bénéficient plus longtemps de prestations invalidité que celles qui présentent des troubles musculosquelettiques**

Durée moyenne des prestations d'invalidité (en nombre d'années) et taux de sorties en pourcentage du nombre total de bénéficiaires, par motif, 2010



Source : Estimations de l'OCDE à partir de données de l'INAMI.

Les mesures d'activation sont facultatives

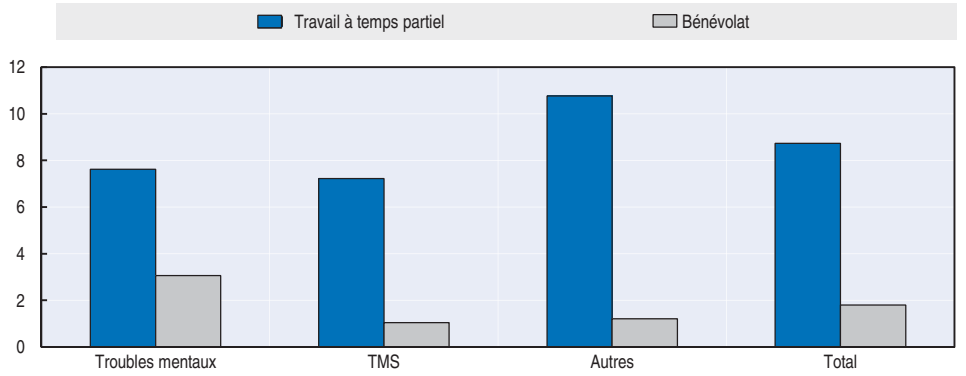
Contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays, il n'existe pas en Belgique de prestation au titre d'une incapacité partielle, mais les bénéficiaires sont autorisés à travailler, leurs indemnités étant alors ajustées en fonction de la rémunération qu'ils perçoivent ainsi. Ils doivent cependant obtenir l'autorisation préalable du médecin-conseil de leur mutualité, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non (voir l'encadré 4.2 ci-dessus). La principale différence réside dans le fait qu'en Belgique, c'est le bénéficiaire qui détermine s'il souhaite travailler, alors que, dans les pays où existe la possibilité d'une indemnité partielle, c'est l'autorité chargée des pensions d'invalidité qui décide du degré d'incapacité de la personne et octroie une indemnité partielle en fonction de sa capacité à travailler, l'objectif étant d'encourager les bénéficiaires à conserver leur emploi ou à retourner au travail (OCDE, 2010)[7].

Le retour au travail étant facultatif dans le régime belge d'assurance maladie et invalidité, très peu de bénéficiaires d'indemnités optent pour un emploi à temps partiel ou pour le bénévolat. À la fin de 2010, 8.7 % des

assurés qui percevaient une pension d'invalidité avaient l'autorisation expresse de travailler à temps partiel, tandis que le nombre de ceux qui exerçaient une activité bénévole atteignait péniblement 1.8 % (graphique 4.4). Les personnes souffrant de troubles mentaux sont légèrement moins susceptibles de travailler à temps partiel (7.6 %) que celles qui présentent d'autres formes d'incapacité, mais le bénévolat est légèrement plus répandu parmi elles – tout en restant à un niveau très bas (3.1 %). Le nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité qui participent à un programme de réadaptation professionnelle est négligeable (environ 400 personnes en 2010) ; par ailleurs, il n'existe en Belgique que deux centres de réadaptation, l'un en Flandre, l'autre en Wallonie. Le peu d'intérêt suscité par cette option est en partie lié au fait que ces programmes sont récents (voir encadré 4.2), mais plus largement au fait que les participants perdent leurs droits en matière d'indemnités d'invalidité dans les six mois qui suivent la formation (ainsi que nous l'avons vu précédemment). Dès lors, un grand nombre de bénéficiaires rechignent à suivre un stage de réadaptation professionnelle.

Graphique 4.4. **Très peu de personnes atteintes de troubles mentaux et bénéficiant d'une pension d'invalidité prennent part à des programmes d'activation, mais elles sont légèrement plus nombreuses que celles souffrant de TMS**

Nombre d'autorisations de travailler en pourcentage du nombre de bénéficiaires, fin 2010, par type de problème de santé



TMS : troubles musculosquelettiques.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de données de l'INAMI.

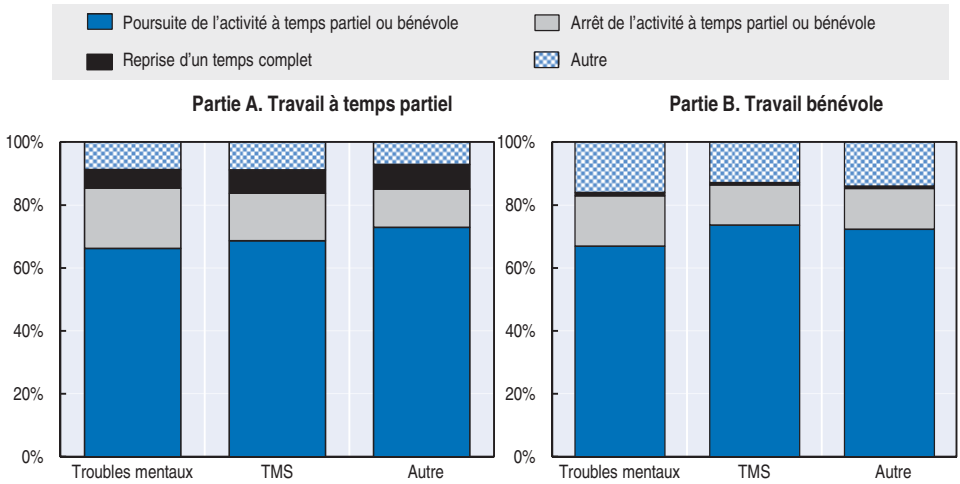
Ni le temps partiel, ni le bénévolat ne constituent un tremplin vers un emploi à temps complet. Parmi les allocataires atteints de troubles mentaux qui étaient autorisés à exercer une activité à temps partiel au début de 2010,

seuls 6 % ont repris un emploi à temps complet au cours de cette même année, alors que 20 % sont revenus à une pension d'invalidité intégrale (graphique 4.5, partie A). Parmi ceux ayant exercé un bénévolat, moins de 1 % ont repris un travail à temps plein (graphique 4.5, partie B). Les chiffres sont relativement similaires pour différents types d'incapacité, à cela près que les personnes présentant des troubles mentaux sont un peu plus nombreuses à quitter leur emploi à temps partiel que les personnes souffrant d'un autre problème de santé.

La grande majorité des personnes qui passent d'un temps partiel à un temps complet ou à une pension intégrale le font dans un délai d'une année. Deux tiers des bénéficiaires d'une pension d'invalidité travaillent à temps partiel pendant moins d'une année avant de prendre un emploi à temps complet, la proportion étant d'environ la moitié pour ceux qui repassent à la pension d'invalidité intégrale (graphique 4.6). Pour les personnes atteintes de troubles mentaux, ce retour s'effectue en général légèrement plus vite que pour les personnes souffrant de TMS ou d'autres pathologies; le processus est à peu près le même, en revanche, pour ce qui concerne la reprise d'une activité à temps complet.

Graphique 4.5. **Ni le temps partiel ni le travail volontaire ne constituent un tremplin vers un emploi à temps complet**

Pourcentage des bénéficiaires d'indemnités d'invalidité autorisés à travailler à temps partiel ou à exercer une activité volontaire, début 2010

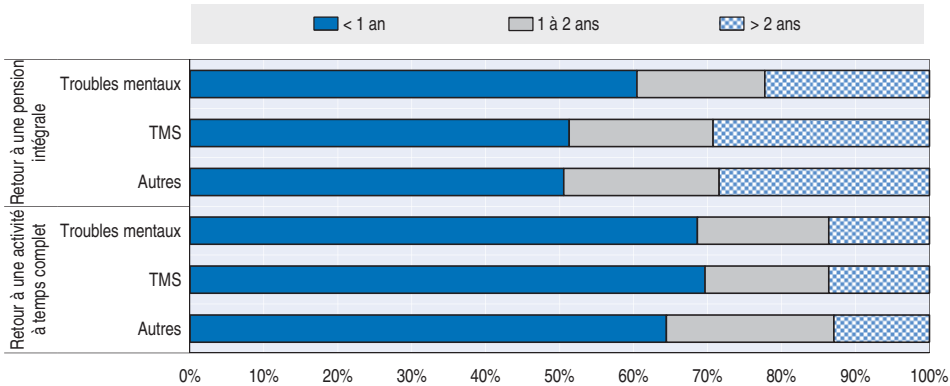


Note : Les colonnes « Autre » se rapportent principalement aux décès et aux départs en retraite, ainsi qu'à la perte de l'éligibilité aux indemnités d'invalidité. TMS : troubles musculosquelettiques.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de données de l'INAMI.

Graphique 4.6. **La grande majorité des personnes qui passent d'un temps partiel à un temps complet ou à une pension intégrale le font dans un délai d'une année**

Durée de l'activité à temps partiel avant le retour à un temps complet ou à une pension intégrale d'invalidité, en pourcentage des personnes autorisées à exercer une activité à temps partiel, début 2010



Source : Estimations de l'OCDE à partir de données de l'INAMI.

Conclusions et recommandations

Au cours des dernières années, la réinsertion dans le marché de l'emploi de personnes ayant des problèmes de santé a gagné en importance dans les responsabilités des principaux acteurs du secteur, à savoir : les employeurs, les spécialistes des maladies professionnelles et les mutualités. Toutefois, la mise en œuvre concrète du processus et la coopération entre les différentes parties prenantes sont loin d'être optimales. Le système belge ne dispose pas toujours des ressources et des incitations (financières) nécessaires pour permettre une action rapide et dynamique ; en outre, les principaux intervenants ont parfois des rôles contradictoires, ce qui suscite la méfiance entre salariés et bénéficiaires d'indemnités de maladie ou d'invalidité, gênant ainsi le bon fonctionnement du système. Dans l'ensemble, le régime belge accorde relativement peu de place aux stratégies de prévention et d'activation, et continue de mettre l'accent principalement sur les mesures de contrôle de statut de maladie.

Donner un rôle plus actif aux mutualités

Il importe que les mutualités s'impliquent bien davantage dans le suivi et la gestion des maladies. Malgré le nombre relativement élevé de personnes qui sortent du régime belge de prestations de maladie et d'invalidité, les mutualités restent très passives et s'intéressent peu à la question du retour à l'emploi. De plus, le médecin-conseil de la mutualité

n'a aucun contact avec l'entreprise, ou avec le médecin du travail de ladite entreprise. La collaboration de l'employeur est pourtant indispensable au succès de la réintégration d'un bénéficiaire d'indemnités de maladie ou d'invalidité. Il faudrait, pour éviter que les entreprises doivent traiter avec différents médecins-conseils en fonction de la mutualité choisie par leurs salariés, que ces médecins aient comme points de contact principaux des spécialistes de la santé au travail, et que ceux-ci aient un rôle de premier plan dans le processus de réintégration.

Recommandations

- Renforcer les obligations des mutualités concernant le suivi et la gestion des maladies. Il conviendrait, par exemple, que les médecins-conseils des mutualités rencontrent chaque bénéficiaire de prestations de maladie avec un risque d'incapacité à long terme après un mois d'absence. À l'instar de ce qui se fait aux Pays-Bas et en Norvège, il serait possible d'exiger, au terme de huit semaines de congé maladie, un plan de réinsertion définissant des mesures concrètes en vue du retour à l'emploi, et des modalités d'évaluation des progrès enregistrés. Au bout d'un an, un rapport d'évaluation récapitulant les efforts de réintégration et les étapes prévues pour la deuxième année devrait être soumis à l'organe compétent de l'INAMI, avec le dossier médical, afin de déterminer si le bénéficiaire peut toujours prétendre à une pension d'invalidité. Les différentes mesures doivent être prises en coopération étroite avec l'employeur, le salarié, le médecin du travail et le médecin traitant du salarié.
- Rendre les mutualités financièrement responsables de l'activation des bénéficiaires d'indemnités maladie et invalidité en liant le budget non seulement au nombre d'affiliés, mais aussi aux résultats du retour à l'emploi ; les mutualités ayant un taux de sortie de la maladie ou de l'invalidité vers un emploi plus élevé que la moyenne du pays seraient récompensées, alors que les mutualités avec un taux de sortie plus bas seraient sanctionnées.
- Rendre systématiques le dialogue et la coopération entre le médecin-conseil de la mutualité et le médecin du travail de l'entreprise. Afin de pallier l'insuffisance des informations transmises par les employeurs, les mutualités devraient communiquer aux services de santé au travail les données dont elles disposent concernant les absences pour maladie.
- Si le médecin du travail et le médecin-conseil parviennent, avec l'assuré, à la conclusion que la réintégration dans l'entreprise n'est plus possible, le médecin-conseil de la mutualité devrait prendre

contact avec le service public d'emploi (SPE) pour la région concernée et mettre en place un programme de réinsertion et de réadaptation en collaboration avec le travailleur social du SPE.

Adapter les mesures d'activation

Si les mesures d'activation actuellement mises en œuvre par les mutualités ont leur utilité pour les personnes désireuses de conserver une activité, la majorité des bénéficiaires de prestations de maladie et d'invalidité, et en particulier ceux qui présentent des troubles mentaux, ont besoin d'un soutien plus intensif et mieux adapté que celui qui leur est accordé actuellement. Par ailleurs, le fait que les allocataires doivent solliciter l'autorisation de travailler à temps partiel ou à titre bénévole – le médecin-conseil de la mutualité doit approuver le type d'activité envisagé, le nombre d'heures, et même l'horaire de travail – induit l'idée que travailler est préjudiciable à leur santé et que c'est aux médecins de leur dire ce qui est bon pour eux.

Recommandations

- Mettre fin au programme de réadaptation professionnelle de l'INAMI et formaliser la coopération avec les centres publics régionaux pour l'emploi pour inciter les bénéficiaires d'indemnités de maladie et de pensions d'invalidité à reprendre une activité.
- Supprimer la règle selon laquelle le bénéficiaire perd ses droits dans les six mois suivant sa participation à un programme de formation. Les allocataires devraient être encouragés à prendre part à des programmes de retour à l'emploi (lesquels doivent faire l'objet d'une évaluation rigoureuse), même s'ils n'ont pas la certitude que cela débouchera directement sur un emploi.

Améliorer les incitations financières à l'intention des employeurs

Les mutualités ne sont pas les seules parties prenantes responsables du maintien ou de la réinsertion sur le marché de l'emploi des personnes qui ont des problèmes de santé (mentale). Les employeurs, mais aussi les services de santé au travail et les médecins traitants, ont un rôle essentiel à jouer. En Belgique, cependant, les employeurs ne se voient proposer que de faibles incitations financières à adapter les tâches ou le lieu de travail en vue de permettre le maintien ou la réintégration des personnes souffrant de troubles mentaux. De nombreuses entreprises considèrent que la gestion de la maladie génère des coûts plus élevés qu'un licenciement suivi d'un nouveau recrutement. En particulier, la période relativement brève durant laquelle les employeurs prennent en charge la rémunération du salarié en arrêt maladie les

incite peu à s'attacher activement à la réinsertion du travailleur concerné à l'issue de la période de salaire garanti. Un renforcement des incitations financières des employeurs et de leurs obligations en matière d'aménagement du poste de travail et de gestion des maladies augmenterait la demande en programmes d'évaluation des risques et de prévention, ce qui pousserait les services extérieurs de prévention et de protection à développer et à améliorer leur offre dans ce domaine (voir le chapitre 3).

Recommandations

- Faire en sorte que les congés de maladie de longue durée soient plus coûteux pour les employeurs, afin d'encourager ces derniers à faciliter le retour au travail. Différentes méthodes sont envisageables (dont certaines actuellement à l'étude en Belgique), qu'il serait possible de combiner de diverses façons : *i)* allonger de plusieurs mois la période de prise en charge de la rémunération par l'employeur ; *ii)* faire en sorte que l'employeur assume une partie des coûts (le tiers ou la moitié, par exemple) pendant toute la durée du congé de maladie ; *iii)* sanctionner les entreprises dans lesquelles la proportion d'arrêts maladie de longue durée est supérieure à la moyenne ; et/ou *iv)* récompenser les employeurs qui réintègrent un employé après une absence prolongée pour cause de maladie.

Associer les spécialistes de la santé au travail

Employeurs et mutualités ont besoin d'une aide accrue pour s'acquitter de leurs obligations. Le système belge, qui comprend des services externes pour la prévention et la protection au travail composés de médecins du travail et de conseillers en prévention spécialisés dans les aspects psychosociaux, a tous les atouts pour aider les employeurs à créer un environnement de travail sain (chapitre 3), mais aussi pour faciliter la tâche des employeurs et des mutualités en vue de la réinsertion d'un salarié en arrêt maladie. La coopération avec les services de santé au travail n'est cependant pas optimale, et s'avère même parfois très médiocre.

Recommandations

- Limiter aux entreprises ayant des facteurs de risque plus élevés les contrôles médicaux systématiques effectués par le médecin du travail, l'objectif étant de consacrer le temps et les ressources ainsi libérés à la réinsertion de travailleurs en arrêt maladie de longue durée, et notamment de ceux qui souffrent de troubles mentaux, davantage demandeurs d'un soutien personnalisé.

- Envisager la suppression de la possibilité de licencier un salarié sans préavis pour cause de force majeure médicale. Si cela s'avère impossible, faire en sorte que la décision incombe au médecin contrôleur plutôt qu'au médecin du travail, de manière à accentuer le rôle positif de ce dernier, axant plutôt son action sur le maintien dans l'emploi.
- Il faudrait recommander vivement aux employeurs de transmettre au médecin du travail la liste des salariés absents depuis plus de quatre semaines : une mesure d'ores et déjà prévue par la réglementation, mais rarement appliquée. Les spécialistes de la santé au travail devraient être autorisés à prendre contact de leur propre initiative avec les salariés en arrêt maladie, au lieu de devoir attendre que ceux-ci effectuent la démarche.
- Employeurs et mutualités devraient informer les travailleurs du rôle du médecin du travail dans le processus de réinsertion après une longue absence pour maladie.
- Tenir compte du volet « réinsertion des salariés après un arrêt maladie » dans l'évaluation de la qualité des services de prévention externes.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux ont besoin non seulement d'une aide en vue d'un retour à l'emploi, mais aussi d'un encadrement étroit et d'un suivi une fois qu'elles ont repris le travail. Le conseiller en prévention pour les aspects psychosociaux, ainsi que la personne de confiance qui le seconde, sont les mieux placés pour assurer ce soutien dans la durée.

Impliquer les médecins traitants

Actuellement, les médecins traitants ne sont guère associés au processus d'évaluation des mutualités et à la réinsertion dans l'entreprise des employés en maladie ou invalidité à long terme, alors même que leur soutien peut souvent s'avérer nécessaire pour inciter un salarié en congé maladie à reprendre le travail. Dans le même temps, on observe que les médecins n'ont pas tous la même approche, loin s'en faut, en matière de congé de maladie ; certains, en effet, n'on pas conscience que la prescription d'une période de « repos » n'apporte généralement pas de réponse efficace en cas de troubles mentaux, voire qu'elle pourrait être préjudiciable pour le patient.

Recommandations

- Il convient d'encourager la communication et la coopération entre médecins traitants, médecins du travail et médecins-conseils des

mutualités au moyen, par exemple, d'un système d'information électronique partagé.

- Les médecins traitants devraient être mieux formés et informés, afin d'assurer une meilleure gestion de la maladie, par exemple grâce à la diffusion et à la promotion des bonnes pratiques concernant : *i)* la prescription d'arrêts maladie ; *ii)* l'importance de la notion de capacité de travail et des avantages d'une reprise de l'activité ; *iii)* l'importance et le rôle du médecin du travail.
- Il est peu probable que l'information seule suffise à faire évoluer les pratiques en matière d'ordonnances. Si l'application de sanctions (comme en Norvège, par exemple), est difficile dans la pratique, il pourrait se révéler utile de demander aux médecins traitants d'indiquer pourquoi un arrêt maladie doit se prolonger au-delà de ce qui avait été recommandé ou prescrit pour un patient donné.

Notes

1. En ce qui concerne les chômeurs et certaines catégories de travailleurs temporaires, la mutualité couvre les indemnités de maladie à compter du premier jour et doit être informée dans un délai de trois jours.
2. La législation belge du travail ne prévoit pas d'indemnités de licenciement à proprement parler. En cas de renvoi sans préavis, cependant, le travailleur perçoit une indemnité correspondant à la rémunération qui aurait été la sienne pendant la durée du préavis.
3. Les prestations de maladie et d'invalidité ne sont pas cumulables avec l'indemnité compensatoire de préavis. Tant que la personne perçoit ce type d'indemnité, les prestations de maladie et d'invalidité sont suspendues.
4. Les médecins contrôleurs ne peuvent être en même temps médecins du travail, mais certaines sociétés offrant des services de prévention et de protection au travail proposent également un contrôle des absences ; c'est le cas, par exemple, de Mensura (*www.mensura.be*) et de Securex (*www.securex.be*).
5. L'INAMI ne dispose d'informations que sur les congés de maladie entraînant le versement d'indemnités de la part des mutualités. Ainsi, les absences pour maladie d'une durée inférieure à un mois (14 jours pour un ouvrier) ne sont pas prises en compte dans ses statistiques, car les travailleurs concernés perçoivent le salaire garanti versé par l'employeur et n'informent pas la mutualité de leur arrêt de travail.

6. Au nombre des exceptions à ce faible pourcentage de sorties du régime de prestations figurent la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Les taux élevés enregistrés dans ces deux pays s'expliquent, dans une très large mesure, par la proportion plus forte de personnes atteintes de pathologies de courte durée parmi celles qui perçoivent des indemnités d'invalidité (dans d'autres pays, ces personnes toucheraient des indemnités de maladie).

7. Aux Pays-Bas, par exemple, les personnes dont la capacité de revenus est réduite de façon permanente d'au moins 80 % perçoivent une pension intégrale. Dans le cas d'une perte totale, mais temporaire, de la capacité de revenus, ou d'une réduction partielle comprise entre 35 et 79 %, la pension est minorée.

Références

Bestuurszaken (2011), « Op Weg naar een Re-Integratiebeleid voor Mensen met Langdurige Gezondheidsproblemen bij de Vlaamse Overheid: Conceptnota Versie 21 juni 2011 », Bruxelles, *http://bestuurszaken.be/sites/bz.vlaanderen.be/files/Conceptnota_Reintegratie.pdf*.

Bogaerts, K., D. De Graeve, I. Marx et P. Vandenbroucke (2009), « Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of met langdurige gezondheidsproblemen », Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Université d'Anvers.

Mortelmans, K., P. Donceel, D. Lahaye et S. Bulterys (2006), « Does Enhanced Information Exchange between Social Insurance Physicians and Occupational Physicians Improve Patient Work Resumption? A Controlled Intervention Study », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 63, pp. 495-502.

Mutualité libre Securex (2010), « En pratique : le médecin-conseil de votre mutualité », Mutualités libres, Bruxelles.

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèses des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264088870-fr*.

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr*.

Securex (2011), *Absentéisme dans le secteur privé : Benchmark Belgique 2010*, Livre blanc avril 2011, Bruxelles.

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (2009), « Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en

charge des pathologies d'origine professionnelle », Bruxelles, *www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=34512*.

SSST-ASMA (2010), « Document de réflexion SSST-ASMA: Pistes d'intervention pour le maintien dans l'emploi et la prévention de l'invalidité », Société scientifique de santé au travail et Association scientifique de médecine d'assurance.

VBO (2011), « RIZIV – Task Force Arbeidsongeschiktheid », Verbond van Belgische Ondernemingen, Bruxelles.

Chapitre 5

Le régime d'allocations d'invalidité en Belgique

Ce chapitre porte sur le rôle et le fonctionnement du régime belge d'allocations d'invalidité, lequel s'adresse aux personnes qui n'ont jamais travaillé ou qui n'ont pas travaillé suffisamment longtemps pour satisfaire aux critères de contribution d'une assurance invalidité. Il cherche à déterminer pourquoi très peu de bénéficiaires sortent du système pour reprendre un emploi, et examine les raisons pour lesquelles les allocations liées au handicap constituent un piège pour les jeunes adultes.

Outre la pension d'invalidité, les personnes atteintes d'un handicap réduisant leur capacité de revenus peuvent prétendre à deux types d'allocations non contributives. L'allocation de remplacement de revenus s'adresse aux personnes qui n'ont jamais travaillé, ou qui n'ont pas travaillé suffisamment longtemps pour satisfaire aux critères d'obtention d'une assurance invalidité contributive, tandis que l'allocation d'intégration offre une compensation au titre des difficultés supplémentaires que rencontrent ces personnes au quotidien du fait de leur handicap (concernant le niveau des prestations et les critères d'admissibilité, voir le chapitre 1). Ces allocations liées au handicap sont généralement accordées à vie, et le nombre de bénéficiaires qui sortent du système pour reprendre un emploi est négligeable.

Allocations d'invalidité subordonnées à un critère de ressources

L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration sont indépendantes l'une de l'autre et peuvent être associées à d'autres prestations (chômage, invalidité, etc.). L'une et l'autre sont subordonnées au niveau de ressources de la personne, et versées par le Service public fédéral Sécurité sociale. À la fin de 2010, près de 160 000 personnes de moins de 65 ans percevaient des allocations liées au handicap (remplacement de revenus et/ou intégration), un chiffre à comparer aux quelque 260 000 bénéficiaires de l'assurance invalidité. Environ 7 % des personnes touchant l'allocation de remplacement de revenus et 18 % de celles qui recevaient l'allocation d'intégration bénéficiaient aussi d'une pension d'invalidité.

Une forte proportion de bénéficiaires d'allocations liées au handicap ne perçoivent que l'allocation d'intégration partielle (39 % ; voir le tableau 5.1). Les personnes concernées ont généralement une autre source de revenus (tout en se situant en deçà d'un certain plafond, tributaire de la situation du ménage) : revenus du travail, revenus du conjoint, ou l'une des autres prestations réservées aux personnes d'âge actif. La moitié des bénéficiaires d'allocations liées à une invalidité touchent à la fois une allocation de remplacement de revenus et une allocation d'intégration, mais ils ne sont que 10 % à percevoir exclusivement la première de ces prestations.

Bien que le Service public fédéral Sécurité sociale ne recueille pas d'informations sur les différents types de troubles, une enquête menée auprès de 500 demandeurs d'allocations pour personnes handicapées laisse penser qu'environ 26 % d'entre eux souffrent de troubles mentaux ou de troubles du comportement (graphique 5.1). La majorité des nouveaux bénéficiaires sont des femmes ou des jeunes qui n'ont jamais occupé d'emploi (lesquels représentent, ensemble, 36 % de ce groupe –

graphique 5.2), et des bénéficiaires de prestations d'invalidité qui perçoivent également d'autres allocations (21 % du total des nouveaux dossiers). D'autres viennent du régime d'aide sociale (14 % du total), du régime chômage (10 %) ou du marché de l'emploi (13 %).

Tableau 5.1. **Une part importante des bénéficiaires d'allocations liées au handicap perçoivent une prestation partielle**

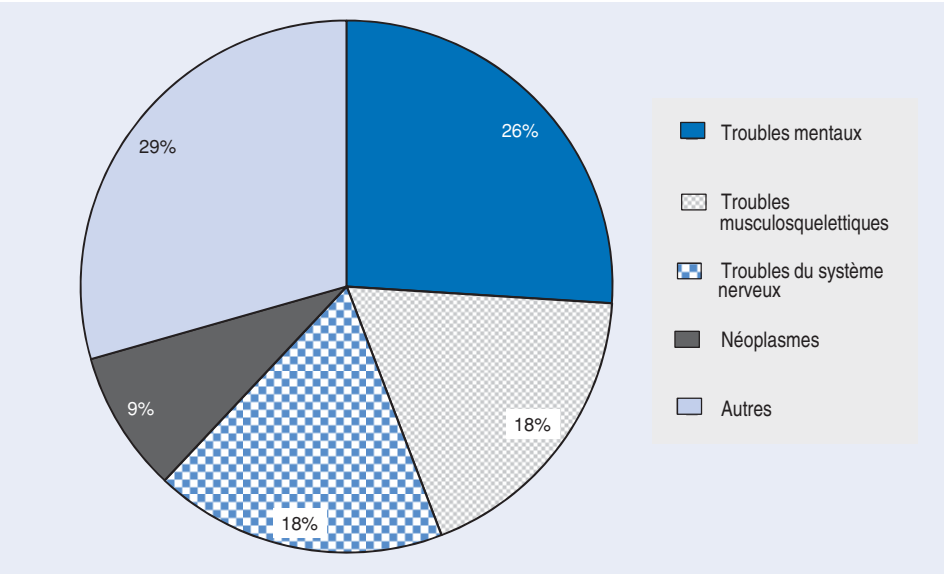
Nombre de bénéficiaires de l'allocation de remplacement du revenu et de l'allocation d'intégration âgés de moins de 65 ans, fin 2010

	Nombre	Pourcentage
Allocation d'intégration seulement	62 298	39%
Allocation de remplacement du revenu seulement	16 354	10%
Bénéficiaires des deux allocations	80 010	50%
Total	*158 662*	100%

Source : Service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées.

Graphique 5.1. **Les troubles mentaux représentent un quart des demandes d'allocations liées à un handicap**

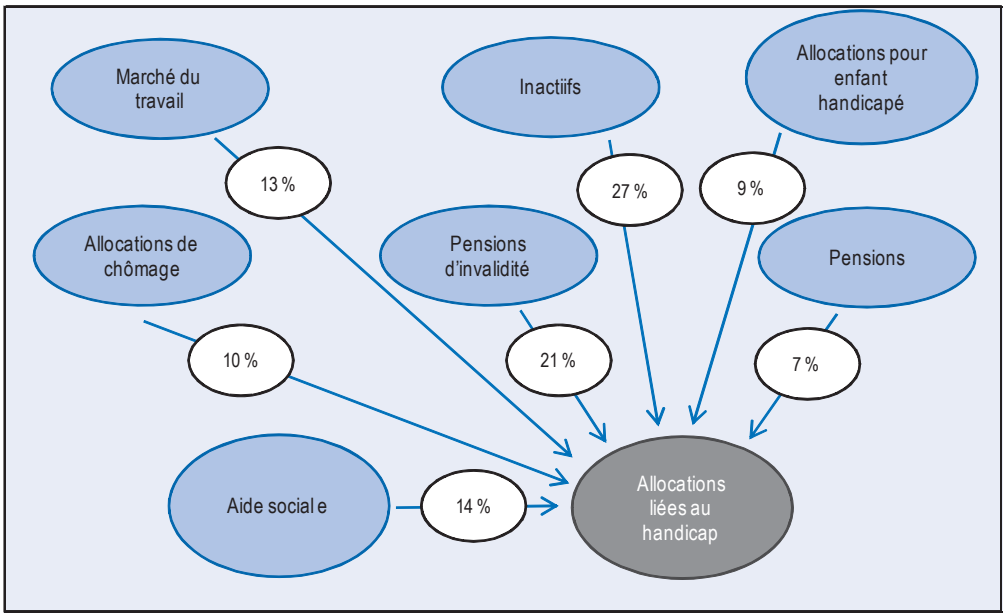
Nouveaux bénéficiaires d'allocations liées au handicap, selon le type de troubles, en pourcentage du nombre total de demandes d'allocations, personnes âgées de 21 à 65 ans, 2008



Source : Service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées

Graphique 5.2. **Une grande partie des nouveaux bénéficiaires d'allocations liées au handicap n'a jamais travaillé**

Nouveaux bénéficiaires d'allocations pour personnes handicapées, en pourcentages, 2009



Source : Service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées.

En dépit de distinctions claires dans les critères d'admissibilité aux prestations d'invalidité et aux allocations pour personnes handicapées, certaines personnes sont ballottées entre les deux systèmes. En principe, les prestations d'invalidité sont des prestations de sécurité sociale destinées aux travailleurs justifiant d'un minimum de cotisations : au moins six mois dans un emploi ou 120 jours de travail réel. Toutefois, si l'évaluation de la capacité de travail fait apparaître que le handicap existait avant que la personne commence à travailler, le dossier est transmis aux services chargés des allocations pour personnes handicapées. Dans ce cas de figure, une évaluation *médicale* – plutôt qu'une évaluation de *l'aptitude au travail* – détermine si le demandeur peut avoir droit à des prestations ; une personne considérée comme invalide dans le cadre du régime de prestations d'invalidité, mais dont le dossier aurait été transféré aux services chargés des allocations pour personnes handicapées, peut néanmoins se voir refuser l'accès à cette dernière allocation. Il est alors fréquent que le dossier soit porté devant le tribunal, qui tranche généralement en faveur des prestations d'assurance invalidité.

Rien n'est prévu pour favoriser le retour à l'emploi des bénéficiaires d'allocations liées au handicap

Le volet « retour à l'emploi » ne fait pas partie intégrante du régime d'allocations pour personnes handicapées, et le nombre de bénéficiaires qui sortent du système pour des raisons autres que le décès ou le départ en retraite est négligeable (moins de 1 % du total). Aucune coopération n'a été instaurée entre la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale, qui finance ces allocations, et les offices régionaux de l'emploi, chargés de fournir une aide à l'emploi aux personnes atteintes de troubles mentaux[1]. Les bénéficiaires d'allocations pour personnes handicapées qui ont conservé une partie de leur capacité à travailler et qui souhaiteraient exercer une activité peuvent prendre contact avec les offices régionaux de l'emploi, mais elles ne sont ni obligées, ni même encouragées à le faire par le Service public fédéral Sécurité sociale.

L'allocation liée au handicap : un piège pour les jeunes adultes

Les parents d'enfants handicapés âgés de 0 à 21 ans – y compris dans le cas de troubles du comportement ou de problèmes psychologiques – peuvent solliciter un supplément aux allocations familiales auprès de la Caisse d'allocations pour personnes handicapées. Ce supplément, qui varie en fonction des difficultés que l'enfant rencontre dans la vie quotidienne, se situe entre 77 et 517 EUR[2]. L'examen du dossier est effectué par médecin de la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale, laquelle se charge également des évaluations médicales concernant les bénéficiaires adultes d'allocations liées au handicap.

Les enfants bénéficiant du supplément pour enfant handicapé n'ont strictement aucun intérêt à travailler lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans, car cela supposerait une révision de leurs droits. Pour que les parents continuent de percevoir ce supplément, il faut que l'enfant concerné travaille dans un atelier protégé, qu'il comptabilise au maximum 240 heures par trimestre s'il occupe un emploi rémunéré ou qu'il soit sous contrat d'apprentissage avec un revenu brut inférieur à 510 EUR par mois. Dans ces conditions, rares sont ceux qui prennent le risque de perdre leurs droits aux allocations : dès qu'ils ont 21 ans, la quasi-totalité des bénéficiaires d'allocations pour enfant handicapé passent directement sous le régime des prestations d'invalidité. Ce régime ne prévoyant aucune aide à la réadaptation ou à l'emploi, la plupart de ces jeunes ne sortent jamais du système pour rechercher du travail et restent toute leur vie tributaires de prestations sociales.

Conclusions et recommandations

Le système d'allocations liées au handicap s'articule autour du principe consistant à octroyer des prestations aux personnes dont on ne peut s'attendre à ce qu'elles travaillent. Le degré d'inaptitude des bénéficiaires potentiels fait par conséquent l'objet d'une évaluation ; par ailleurs, ces personnes ne sont pas tenues de chercher un emploi (compte tenu de leur capacité de travail réduite), ni d'améliorer leur aptitude à l'emploi, pour pouvoir prétendre aux prestations. Le nombre de sorties du régime d'allocations pour personnes handicapées (hors décès ou départ à la retraite) étant proche de zéro, les bénéficiaires restent généralement toute leur vie tributaires de ces prestations, dont le montant ne suffit pas, le plus souvent, à leur éviter la pauvreté. Il s'agit d'une préoccupation particulière pour les jeunes. Pourtant, différents types de troubles mentaux évoluent avec le temps, les symptômes pouvant être atténués avec un traitement approprié. Pour ces raisons, le versement permanent d'allocations intégrales n'est donc pas la meilleure solution pour ce groupe de population.

Recommandations

- Limiter le versement permanent d'allocations liées au handicap aux personnes souffrant des troubles mentaux les plus graves et introduire, pour celles qui conservent une certaine aptitude à travailler, le principe de prestations temporaires assorties de réévaluations périodiques.
- Élargir l'évaluation des droits, de façon à déterminer la capacité de travail que conservent les personnes concernées. Réfléchir à l'adoption d'un cadre d'évaluation pluridimensionnel, comme dans d'autres pays de l'OCDE (Australie, Danemark et Pays-Bas, par exemple – OCDE, 2010).
- Renforcer les mesures de réinsertion en coopération avec les services publics régionaux de l'emploi, en demandant aux intéressés d'y prendre part, afin d'aider les personnes atteintes de troubles mentaux à accéder au marché de l'emploi.
- Éviter le passage automatique des allocations pour enfant handicapé aux allocations d'invalidité et éliminer les mesures propres à dissuader les bénéficiaires d'allocations pour enfant handicapé parvenus à la fin de la scolarité obligatoire de commencer à travailler.

Notes

1. Les troubles mentaux ne sont pas reconnus comme des handicaps par les offices régionaux qui s'occupent des personnes handicapées – AWIPH (Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées) en Wallonie, PHARE (Personne Handicapée Autonomie Recherchée) à Bruxelles et VAPH (*Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap*) en Flandre – chargés de définir les politiques relatives à l'emploi de ces personnes (sauf dans le cas de la Flandre – voir le chapitre 5). Les personnes souffrant de troubles mentaux doivent donc s'en remettre aux services publics de l'emploi pour obtenir une aide à cet égard.

2. Montants applicables pour 2012, provenant de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (*http://onafts.fgov.be*).

Référence

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèses des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264088870-fr*.

Chapitre 6

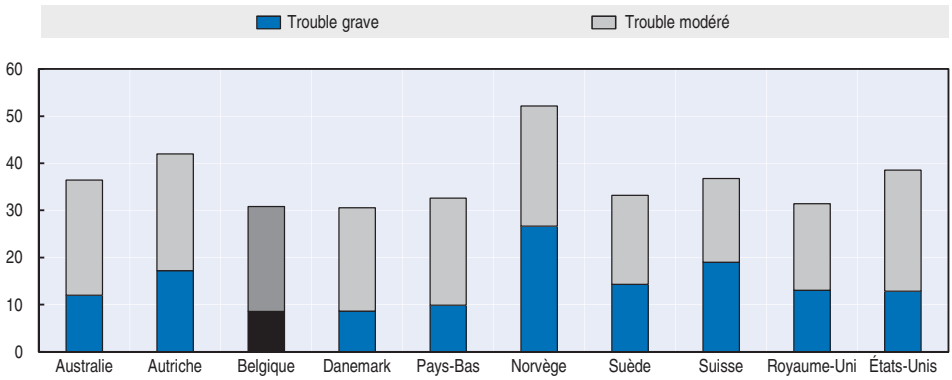
Les services publics de l'emploi en Belgique

Ce chapitre aborde le rôle des services publics de l'emploi (SPE) face aux problèmes de santé mentale de certains de leurs usagers. Dans un premier temps, il indique que les SPE n'ont pris conscience que récemment du problème, et il décrit les programmes actifs du marché de l'emploi qui se mettent place progressivement afin d'aider les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux. Il expose ensuite les mécanismes élaborés par les SPE flamands afin de définir et de prendre en compte les besoins des personnes souffrant de ce type de troubles, ainsi que les programmes axés sur les chômeurs de longue durée qui cumulent plusieurs difficultés, dont une mauvaise santé mentale. Enfin, le chapitre traite brièvement de l'initiative récente des SPE flamands en faveur des bénéficiaires de l'aide sociale et d'allocations d'invalidité.

Les indemnités d'invalidité ne sont qu'une des prestations dont peuvent bénéficier les personnes d'âge actif qui souffrent de problèmes de santé mentale. Tout le monde ne remplit pas les critères stricts qui conditionnent l'accès aux régimes d'invalidité, et nombre de personnes ne demandent pas à bénéficier de prestations d'invalidité en raison de la stigmatisation dont elles font l'objet. Les données de l'Enquête belge de santé par interview indiquent qu'environ un tiers des chômeurs souffrent de troubles mentaux graves ou modérés (graphique 6.1) et que la proportion est encore plus élevée chez les chômeurs de longue durée (OCDE, 2012). D'un côté, les travailleurs qui souffrent de maladie mentale ont davantage de probabilités de perdre leur emploi et de devenir chômeurs, et de l'autre, le non-emploi est mauvais pour la santé mentale : il produit un effet de « choc » initial particulièrement brutal, suivi d'un ajustement à moyen terme, qui a un effet néfaste sur le chômage de longue durée (OCDE, 2012). Il est donc crucial que les services de l'emploi identifient les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale à un stade précoce et pourvoient à leurs besoins particuliers pour leur éviter de s'éloigner du marché du travail (et, à terme, d'entrer en invalidité).

Graphique 6.1. **La prévalence des troubles mentaux est élevée chez les chômeurs**

Prévalence des troubles mentaux graves ou modérés parmi les chômeurs (en %), dernière année disponible



Source : Calculs effectués par l'OCDE sur la base d'enquêtes nationales sur la santé. Australie : Enquête nationale sur la santé 2007/08 ; Autriche : Enquête par entretien sur la santé 2006/07 ; Belgique : Enquête de santé par interview 2008 ; Danemark : Enquête nationale par entretien sur la santé 2005 ; Pays-Bas : Enquête sur la santé POLS 2007/09 ; Norvège : Enquête sur le niveau de vie et la santé 2008 ; Suède : Enquête sur les conditions de vie 2009/10 ; Suisse : Enquête sur la santé 2007 ; Royaume-Uni : Enquête sur la morbidité psychiatrique chez les adultes 2007 ; États-Unis : Enquête nationale par entretien sur la santé 2008.

L'importance des problèmes de santé mentale parmi les personnes au chômage est mieux reconnue

Jusqu'à une période très récente, l'importance des problèmes de santé mentale parmi les bénéficiaires d'allocations de chômage en Belgique – comme dans d'autres pays de l'OCDE – était largement méconnue en dépit du fait que la majorité des personnes qui souffrent de troubles mentaux ne sortent pas du régime d'assurance chômage. Dans le cas de la Flandre, les troubles mentaux n'ont commencé à être mieux reconnus qu'à partir de 2006, lorsque la responsabilité des politiques relatives à l'emploi des personnes handicapées a été transférée de l'Agence flamande pour les personnes handicapées (VAPH) au VDAB (service public de l'emploi). Ce transfert a non seulement suscité une prise de conscience accrue du handicap, mais il a également mis en évidence qu'une partie des clients du VDAB souffraient de graves problèmes non liés au marché du travail qui rendaient leur retour à l'emploi très difficile, sinon impossible. Il est apparu qu'un nombre non négligeable de membres de cette catégorie étaient atteints de problèmes médicaux, mentaux, psychologiques ou psychiatriques graves (groupe MMPP). Ces derniers pouvaient théoriquement être considérés comme demandeurs d'emploi présentant un handicap à l'emploi, mais tous n'avaient pas été catégorisés de la sorte. Une fois identifiés, certains ont pu bénéficier de mesures actives spécialisées du marché du travail, mais une proportion importante de MMPP n'étaient pas encore prêts pour l'emploi et nécessitaient au préalable d'autres types de services. Or, aucun service de ce type n'avait été transféré de la VAPH, dans la mesure où cette agence ne reconnaît pas les troubles mentaux comme un handicap.

Ainsi le VDAB a-t-il été obligé de mettre en place de nouveaux services d'activation pour préparer les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux graves à reprendre un emploi. En 2009, il a lancé une expérience en coopération avec des partenaires extérieurs dans le but de mettre en place des programmes d'activation intensifs associant soins et soutien à l'emploi (cette coopération est décrite en détail ci-dessous). Parallèlement, le VDAB a amélioré ses procédures de dépistage et ses mesures d'activation à l'intention des personnes atteintes de problèmes de santé mentale plus modérés. Le service public de l'emploi est en train d'élaborer le cadre juridique qui permettra, d'ici 2015, d'aller au-delà de la phase expérimentale.

À Bruxelles et en Wallonie, les politiques relatives à l'emploi des personnes handicapées continuent de relever de la compétence des agences chargées de l'intégration des personnes handicapées, respectivement le PHARE et l'AWIPH. Toutefois, comme la VAPH en Flandre, ces organismes ne reconnaissent pas les troubles mentaux comme un handicap ;

par conséquent, les personnes souffrant de troubles mentaux ne peuvent pas bénéficier de leurs mesures de soutien à l'emploi et sont tributaires des centres publics régionaux pour l'emploi pour de telles aides. Le surcroît d'attention porté à la mauvaise santé mentale en Flandre a favorisé une meilleure prise de conscience du problème dans les deux autres régions également. En Wallonie, Forem a lancé des expériences d'activation du même type pour les personnes ayant des besoins sociaux plus complexes, y compris les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale dans deux grandes villes (Liège et Namur), et il est actuellement question de faire des personnes souffrant de troubles mentaux un groupe cible officiel des services de l'emploi afin de leurs consacrer davantage de ressources. La longue période durant laquelle la Belgique a été privée de gouvernement fédéral en 2010-11 a néanmoins retardé le processus de mise en œuvre. Actuellement, c'est encore le gouvernement fédéral qui définit les groupes cibles des services publics régionaux de l'emploi, mais la réforme institutionnelle (qui doit être mise en œuvre après juin 2014) permettra aux régions de définir elles-mêmes leurs groupes cibles.

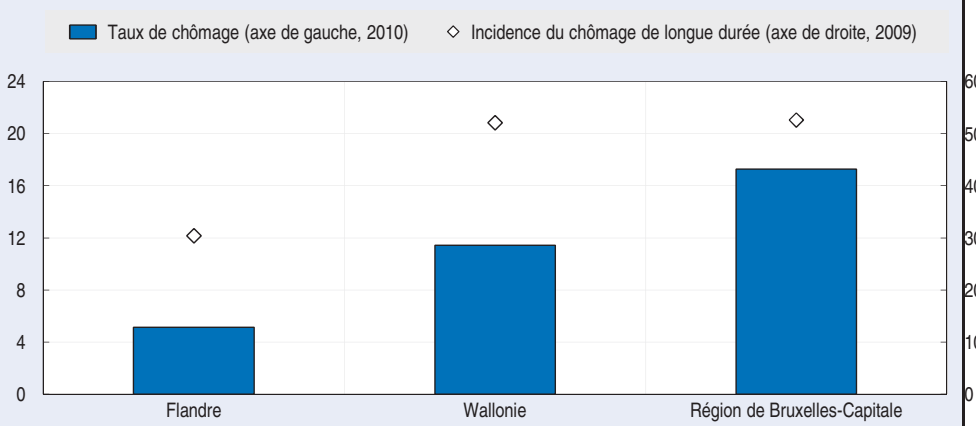
Les sections suivantes s'attachent à décrire les politiques de dépistage et d'activation du service public de l'emploi flamand, le VDAB. Il convient cependant de noter que les tendances du chômage et les mesures d'activation destinées aux demandeurs d'emploi présentent de fortes disparités régionales en Belgique (l'encadré 6.1 en donne un bref aperçu).

Comme il serait trop long, dans le cadre de ce rapport, de présenter et comparer les trois services régionaux de l'emploi axés sur les personnes souffrant de mauvaise santé mentale, nous avons préféré examiner en détail celui qui est le plus avancé en termes de soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux, à savoir le VDAB en Flandre. Toutefois, le taux de chômage de longue durée – et par conséquent les risques de troubles mentaux – étant beaucoup plus élevés à Bruxelles et en Wallonie (voir l'encadré 6.1), la nécessité de mettre en place des mesures de soutien plus efficaces à l'intention des personnes atteintes de problèmes (modérés) de santé mentale est vraisemblablement plus forte dans ces deux régions. Les aspects abordés dans la présente section n'en revêtent que davantage de pertinence en ce qui concerne Bruxelles et la Wallonie.

Encadré 6.1. **Différences régionales en matière de chômage et de mesures d'activation**

Des disparités considérables existent entre les régions sur le plan du chômage et des mesures d'activation destinées aux chômeurs. En 2010, le taux de chômage était de 5.2 % en Flandre, contre 11.4 % en Wallonie et 17.3 % dans la Région de Bruxelles-Capitale (*cf*. graphique ci-dessous). Dans ces deux dernières régions, l'incidence du chômage de longue durée (52 % en 2009) est considérablement plus élevée qu'en Flandre (30 %). En Wallonie, plus d'un tiers des demandeurs d'emploi ne s'étaient vu proposer aucune mesure d'activation durant l'année écoulée, alors qu'ils étaient 15 % en Flandre et 26 % dans la Région de Bruxelles-Capitale (*cf*. tableau ci-dessous). En Wallonie, 20 % des demandeurs d'emploi n'avaient bénéficié d'aucun service de placement durant l'année écoulée, contre 12 % en Flandre et 15 % dans la Région de Bruxelles-Capitale. La Région de Bruxelles-Capitale est la région qui consacre le moins de ressources aux mesures actives du marché du travail (environ 1 900 EUR par chômeur, contre 3 200 EUR en Wallonie et 4 300 EUR en Flandre). Il faut néanmoins savoir que si la politique de l'emploi relève de la compétence des régions (Flandre, Wallonie et Région de Bruxelles-Capitale), les politiques de formation et d'éducation sont du ressort des communautés (Communauté flamande, Communauté française et Communauté germanophone). Aussi, le service de l'emploi Actiris ne propose lui-même aucun programme de formation et doit orienter les demandeurs d'emploi vers le VDAB ou Forem. L'Office national de l'emploi consacre 3 700 EUR supplémentaires par chômeur, mais le mode de répartition des subsides fédéraux entre les régions n'est pas clair.

Il existe en Belgique de fortes disparités de taux de chômage entre les régions



Source : Base de données régionales de l'OCDE.

Encadré 6.1. **Différences régionales en matière de chômage et de mesures d'activation** *(suite)*

Les régions peuvent imposer des sanctions aux chômeurs dont les efforts de recherche d'emploi ou la disponibilité sont jugés insuffisants[1], mais comme elles ne sont pas financièrement responsables du paiement des allocations, l'Office national de l'emploi a besoin qu'elles lui transmettent des informations. Il semble que la Flandre soit plus prompte à sanctionner les bénéficiaires d'allocations de chômage qui ne cherchent pas activement du travail (21 % des demandeurs d'emploi au chômage dans la région ; *cf.* tableau ci-dessous) que la Wallonie (15 %) et la Région de Bruxelles-Capitale (12 %). L'Office national de l'emploi peut effectuer lui-même des contrôles sur les efforts de recherche d'emploi et la disponibilité des bénéficiaires (6 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi au chômage ont été sanctionnés en 2011), mais il n'intervient qu'à un stade très tardif – après 15 mois de chômage pour les personnes de moins de 25 ans, et 21 mois de chômage pour celles âgées de 25 à 49 ans (Venn, 2012)[2]. La mauvaise santé mentale (et d'autres problèmes de santé) constitue un motif valable pour refuser une offre d'emploi, et les chômeurs âgés (58 ans et plus) sont dispensés d'obligations de recherche d'emploi et de disponibilité[3]. La réforme institutionnelle qui doit être mise en œuvre après juin 2014 prévoit un transfert total des responsabilités en matière de contrôle des efforts de recherche d'emploi aux services publics régionaux de l'emploi, mais le paiement des allocations de chômage demeurera une compétence fédérale. Cependant, il est pour l'instant difficile de savoir quelles sont les dispositifs envisagés pour rendre les régions financièrement responsables de leur politique d'activation.

Les politiques actives du marché du travail diffèrent sensiblement d'une région à une autre

Politiques actives du marché du travail aux niveaux régional et fédéral : rapidité d'intervention, sanctions et dépenses

	Aucun service de placement au cours des 12 mois écoulés (2008)[a]	Aucune mesure d'activation au cours des 12 mois écoulés (2008)[b]	% de demandeurs d'emploi sanctionnés (2011)	Dépenses (en EUR) par chômeur (2009)[c]
Flandre	12%	15%	21%	4 256
Wallonie	20%	36%	15%	3 224
Région de Bruxelles-Capitale	15%	26%	12%	1 923
Niveau fédéral	-	-	6%	3 648
Belgique	**16%**	**26%**	**16%**	**6 988**

a. Part des demandeurs d'emploi qui avaient perdu leur emploi le mois X, étaient toujours sans emploi au cours du mois X+12 et ne s'étaient vu proposer aucun service de placement sur l'ensemble des demandeurs d'emploi qui étaient toujours sans emploi au cours du mois X+12.

b. Part des demandeurs d'emploi qui avaient perdu leur emploi le mois X, étaient toujours sans emploi au cours du mois X+12 et ne s'étaient vu proposer aucune mesure d'activation sur l'ensemble des demandeurs d'emploi qui étaient toujours sans emploi au cours du mois X+12.

c. Les dépenses consacrées aux mesures d'activation correspondent aux catégories 2-7 telles qu'elles sont définies dans OCDE (2011), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2011* (Annexe statistique, tableau K).

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données du Bureau fédéral du Plan (*www.be2020.eu*) et de l'Office national de l'emploi (*www.rva.be*).

Encadré 6.1. **Différences régionales en matière de chômage et de mesures d'activation** *(suite)*

1. Un demandeur d'emploi qui refuse un emploi adapté, qui ne se rend pas au service public de l'emploi sans motif valable, qui ne se rend pas à un entretien d'embauche que lui a trouvé le service public de l'emploi ou qui interrompt sa participation ou ne réussit pas un stage d'insertion du fait de sa propre attitude encourt une suspension du versement de ses allocations pendant quatre à 52 semaines. La sanction est généralement appliquée entre 10 et 14 semaines. Tout refus de participer à un stage d'insertion proposé par le service public de l'emploi est sanctionné par une suspension totale du versement des allocations (Venn, 2012).

2. À ce stade, le demandeur d'emploi est invité par l'Office national de l'emploi à évaluer ses efforts de recherche d'emploi. Si ces efforts sont jugés suffisants, un autre entretien est programmé 16 mois plus tard. S'ils ne sont pas jugés suffisants, le demandeur d'emploi se voit remettre un plan d'action explicitant les efforts de recherche d'emploi requis, et un entretien est programmé quatre mois plus tard pour vérifier que l'intéressé s'est conformé au plan. Si cet entretien débouche sur une évaluation négative, les allocations sont temporairement réduites ou leur versement suspendu. C'est seulement lorsqu'il refuse un deuxième emploi adapté au cours des 12 mois suivant la suspension ou la réduction de ses allocations que le chômeur perd ses droits aux allocations ; il lui faudra dans ce cas travailler un nombre de jours minimum pour pouvoir les récupérer.

3. La limite d'âge était de 50 ans jusqu'en décembre 2011.

Une aide intensive aux personnes atteintes de troubles mentaux

En Flandre, au moment de leur inscription au VDAB, les demandeurs d'emploi font systématiquement l'objet d'une évaluation visant à identifier les problèmes susceptibles d'entraver leur retour à l'emploi[1]. Dans ce contexte, les agents du service de l'emploi prennent en considération non seulement les compétences et qualifications spécifiques à l'emploi, le comportement en matière de recherche d'emploi, les aptitudes sociales et de communication, le handicap et d'autres aspects annexes (tels que la mobilité, la nécessité de faire garder les enfants, le risque de piège d'inactivité), mais aussi les problèmes de santé mentale. Le demandeur peut être convoqué pour un entretien à tout moment de l'épisode de chômage si un problème est détecté. Lorsque l'agent du VDAB soupçonne l'existence d'un problème de santé mentale plus grave, il adresse son client à un psychologue du VDAB ou à un service externe d'étude de l'emploi spécialisé dans les examens pluridisciplinaires approfondis (*Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst* – GA) afin qu'il établisse un diagnostic[2]. La Flandre compte actuellement 17 centres GA à but non lucratif, financés par le VDAB. En 2011, environ 5 500 personnes, soit 2.8 % des effectifs totaux de demandeurs d'emploi en Flandre, ont fait l'objet d'un examen pluridisciplinaire approfondi, réalisé par le VDAB ou un centre externe GA.

Les demandeurs d'emploi motivés qui ont de bonnes chances de trouver un emploi reçoivent quelques conseils et informations préliminaires et sont systématiquement informés des offres d'emploi qui peuvent leur convenir ; ceux qui ont un profil plus problématique ou dont l'évaluation a montré qu'ils souffraient de handicaps sur le plan de l'emploi (par exemple, faible niveau d'études, manque d'expérience, problème de santé mentale, etc.) reçoivent une aide intensive. Le VDAB propose un large éventail de mesures actives axées sur le marché du travail – aide à la recherche d'emploi, formation (en milieu professionnel), éducation, etc. Ces activités de conseil et de soutien peuvent être intensifiées à tout moment en fonction des besoins du demandeur d'emploi ou si l'agent du service de l'emploi le juge nécessaire. Dans un délai maximum de neuf mois après le début de l'épisode de chômage (six mois pour les demandeurs d'emploi âgés de moins de 26 ans), un plan d'action individuel est élaboré et un programme d'activation intensif mis en place.

Les demandeurs d'emploi chez qui a été repéré un handicap à l'emploi[3], y compris ceux dont l'examen (interne ou externe) a révélé qu'ils souffraient de problèmes de santé mentale, bénéficient d'un soutien spécialisé dans le cadre de leurs recherches d'emploi. Outre ses mesures d'activation internes, le VDAB travaille avec des centres de formation, de conseil et d'intermédiation qui ciblent les demandeurs d'emploi atteints d'un handicap à l'emploi (*Gespecialiseerde Opleidings- en Begeleidingsdienst* – GOB). À l'instar des centres GA, les centres à but non lucratif GOB sont financés et supervisés par le VDAB. Ils sont actuellement au nombre de 12 en Flandre et proposent des services tels que formation professionnelle, encadrement professionnel, formation en milieu professionnel (à concurrence d'un maximum de 800 heures) et emploi assisté (pour une durée maximale de 12 mois, sans frais pour l'employeur).

Les demandeurs d'emploi qui présentent un handicap à l'emploi reconnu peuvent également demander à bénéficier de mesures spéciales de soutien à l'emploi (*Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende Maatregelen* – BTOM), telles que l'octroi de subventions salariales, l'adaptation du lieu de travail, la prise en charge des frais de transport ou les mesures d'emploi protégé. Les BTOM sont également accessibles aux personnes handicapées qui exercent encore un emploi. C'est le VDAB qui détermine si un demandeur d'emploi peut ou non bénéficier d'une BTOM. Les décisions sont généralement prises sur la base d'une liste de handicaps (dans environ 70 % des cas)[4], mais elles peuvent également s'appuyer sur les examens effectués par les centres GA (environ 25 % des cas) ou sur des avis pluridisciplinaires (fraction minime). Les BTOM peuvent être appliquées sans limitation de durée, pendant une certaine période, ou pendant deux ans avec un accompagnement obligatoire vers l'emploi rémunéré.

La participation est bonne, mais le retour à l'emploi rare

Globalement, les demandeurs d'emploi qui ont des problèmes de santé mentale identifiés ont tendance à être surreprésentés dans les programmes actifs du marché du travail en Flandre. Environ 13 % des demandeurs d'emploi inscrits auprès du VDAB ont un handicap à l'emploi reconnu (tableau 6.1, partie A, dernière ligne). Seule une minorité d'entre eux présente des problèmes médicaux, mentaux, psychologiques ou psychiatriques graves (le groupe MMPP ; 3.5 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi) ou a reçu un diagnostic de trouble mental (1.6 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi). Or, les deux groupes sont surreprésentés dans les programmes actifs.

Même dans le groupe des demandeurs d'emploi atteints d'un handicap à l'emploi, ceux qui souffrent de troubles mentaux ont une probabilité beaucoup plus forte de bénéficier d'une subvention salariale ou de participer à une mesure d'emploi protégé – 29 % et 33 % des bénéficiaires des BTOM sont des personnes atteintes de troubles mentaux, alors que 12 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi présentant un handicap à l'emploi sont dans ce cas (tableau 6.1, partie B, deuxième colonne).

Bien qu'ils soient surreprésentés dans les programmes actifs du marché du travail, les demandeurs d'emploi handicapés réussissent plus rarement leur transition vers l'emploi. Le VDAB a analysé et comparé les flux de sorties du régime d'assurance chômage consécutives à la participation à des mesures actives du marché du travail pour les personnes handicapées et les personnes non handicapées, en contrôlant un certain nombre d'autres facteurs (tels que le sexe, l'âge, le niveau d'études, le statut au regard de l'immigration, la perception éventuelle de prestations d'aide sociale, etc.) afin d'isoler l'effet du handicap sur les sorties (Samoy, 2012).

Le graphique 6.2 montre qu'après 12 mois, 52 % des personnes souffrant de handicap continuent de percevoir des allocations de chômage, contre 41 % des personnes sans handicap.

Tableau 6.1. **Participation des personnes souffrant de handicaps aux programmes actifs du marché du travail en Flandre**

Partie A. Programmes actifs réguliers du marché du travail, effectifs cumulés, 2011

	Demandeurs d'emploi atteints d'un handicap à l'emploi	Demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux	Demandeurs d'emploi MMPP	Ensemble des demandeurs d'emploi
	Nombre de personnes participant à chaque type de mesure			
Conseil	13 477	2 916	5 332	74 193
Formation	9 878	2 246	2 197	71 776
Soutien intensif	23 852	5 137	6 106	167 298
	Part dans le nombre total de participants à chaque type de mesure			
Conseil	18.2	3.9	7.2	100
Formation	13.8	3.1	3.1	100
Soutien intensif	14.3	3.1	3.6	100
	Part dans le nombre total de demandeurs d'emploi			
Demandeurs d'emploi	13.2	1.6	3.5	100

Partie B. Autres mesures spécifiquement destinées aux personnes souffrant d'un handicap, effectifs cumulés, 2011

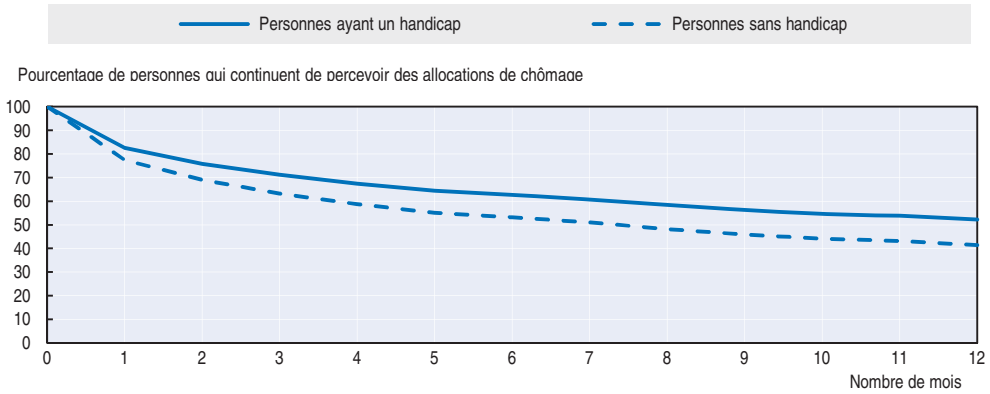
	Demandeurs d'emploi atteints d'un handicap à l'emploi	Demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux	Demandeurs d'emploi MMPP
	Nombre de personnes bénéficiant de chaque type de mesure		
Mesures BTOM	24 113	6 896	3 332
Subventions salariales	21 501	6 191	2 960
Emploi protégé	13 030	4 308	2 719
	Part dans le nombre total de bénéficiaires de chaque type de mesure		
Mesures BTOM	100	28.6	13.8
Subventions salariales	100	28.8	13.8
Emploi protégé	100	33.1	20.9
	Part dans le nombre total de demandeurs d'emploi atteints d'un handicap à l'emploi reconnu		
Demandeurs d'emploi	100	12.3	19.1

BTOM : Mesures spéciales de soutien à l'emploi *(Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende Maatregelen* ; MMPP : Problèmes d'ordre médical, mental, psychologique ou psychiatrique.

Note : Les demandeurs d'emploi atteints d'un handicap à l'emploi (première colonne) sont des personnes qui souffrent d'un problème de longue durée et important de participation à la vie active dû à l'interaction entre des troubles fonctionnels de nature mentale, psychique, physique ou sensorielle, à des contraintes dans la réalisation d'activités et de facteurs personnels et externes. Les demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux (deuxième colonne) dont des personnes dont les troubles mentaux ont été diagnostiqués par un médecin sur la base d'une classification psychiatrique reconnue au plan international. Les demandeurs d'emploi MMPP (troisième colonne) sont des personnes qui souffrent de problèmes médicaux, mentaux, psychologiques ou psychiatriques graves (mais sur lesquelles n'a pas nécessairement été posé un diagnostic de trouble mental). Tous les demandeurs qui souffrent de troubles mentaux sont considérés comme présentant un handicap à l'emploi. Ce n'est en revanche pas le cas pour les demandeurs d'emploi MMPP, étant donné que certains de ces derniers ne sont pas prêts à entrer sur le marché du travail et ne bénéficient pas, à ce titre, des mesures de soutien spéciales proposées aux personnes atteintes d'un handicap à l'emploi.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données du Service public flamand de l'emploi et de la formation professionnelle.

Graphique 6.2. **Les personnes souffrant de handicap restent sans emploi plus longtemps**



Note : Les taux de sorties ont été débarrassés de l'effet de sept caractéristiques individuelles pour que puisse être isolé l'effet du handicap sur l'emploi : le niveau d'études, l'âge, le sexe, le statut de migrant, le fait de bénéficier de l'aide sociale, les cohortes de 2003, 2005 et 2007, et le fait que l'intéressé ait déjà été demandeur d'emploi au cours des quatre dernières années.

Source : Calculs effectués par Samoy, E. (2012), « Handicap en Arbeid, Deel II: Beleidsontwikkelingen », Update 2012, Vlaamse Overheid, Departement Werk en Sociale Economie, à partir des données du Service public flamand de l'emploi et de la formation professionnelle.

Un nouveau programme pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves

En 2009, le VDAB a mis en place un projet pilote de « trajet vers l'emploi » à l'intention des personnes atteintes de problèmes de santé mentale graves (groupe MMPP) qui ne sont pas encore prêtes à occuper un emploi mais qui possèdent encore des capacités de travail et sont disposées à coopérer (la participation est volontaire). Financé par le Gouvernement flamand, le programme de trajet vers l'emploi aide les demandeurs d'emploi du groupe MMPP à surmonter les obstacles sociaux et psychosociaux qui les empêchent de trouver un emploi et le conserver, pendant une durée maximale de 18 mois. Le principal prestataire partenaire du programme est un centre à but non lucratif spécialisé dans l'activation des demandeurs d'emploi MMPP (*Gespecialiseerde Traject Bepalings- en Begeleidingsdienst* – GTB), qui coordonne la coopération entre les secteurs des soins de santé et de l'action sociale (*cf.* encadré 6.2). Le VDAB établit des contrats de collaboration avec GTB sur une base annuelle et fixe chaque année le nombre minimum de participants (nombre total et nombre de nouveaux participants) que doit accueillir le GTB et lui assigne des objectifs en termes de nombre de transitions réussies vers l'emploi (les cas sont pondérés en fonction du degré de difficulté et certains comptent pour plus qu'une unité).

Encadré 6.2. **Coopération entre les secteurs de l'emploi, de la santé et de l'action sociale**

Le programme de trajet vers l'emploi pour les demandeurs d'emploi atteints de graves problèmes médicaux, mentaux, psychologiques ou psychiatriques repose sur une coopération étroite entre trois acteurs :

- *Le coach « emploi » du GTB* – qui est également le gestionnaire de cas qui supervise l'ensemble du processus ;
- *Le coach « santé » du secteur de la santé mentale* – il s'agit en général d'un psychologue qui travaille dans un hôpital psychiatrique ou un centre spécialisé en santé mentale ;
- *Le coach « autonomie » du secteur de l'action sociale* – il s'agit généralement d'une personne qui travaille dans un organisme à but non lucratif et qui possède une expérience dans le domaine de l'emploi protégé et des parcours emploi-thérapie.

Les partenaires relevant des secteurs de la santé et de l'action sociale sont sélectionnés par le VDAB par appel d'offres public et sont tenus de désigner un coach « santé » et un coach « autonomie » qui travaillera avec le GTB.

Lorsqu'un demandeur d'emploi a été sélectionné par le VDAB pour participer au programme de trajet vers l'emploi, le coach « emploi » du GTB prépare un plan d'action individuel en concertation avec le demandeur d'emploi et met celui-ci en contact avec le coach « santé » et le coach « autonomie », qui se chargeront d'identifier des services adaptés relevant respectivement des secteurs de la santé et de l'action sociale :

- Le *coach « santé »* se focalise sur les problèmes médicaux, mentaux, psychologiques ou psychiatriques et met en place des mesures de réadaptation et de formation sur des thèmes tels que la confiance en soi, la gestion du stress, l'affirmation de soi, le développement d'une image de soi réaliste (ni sous-estimée, ni surestimée), etc. Des thérapies individuelles ou de groupes sont dispensées en interne ou par des partenaires extérieurs.
- Le *coach « autonomie »* du secteur de l'action sociale se concentre sur les obstacles psycho-économiques, psychosociaux ou sociaux et s'occupe d'aspects tels que la mobilité, le budget personnel, le logement, les activités de loisirs, etc. Il travaille avec la personne individuellement ou en groupe.

Pendant toute la durée du processus, le coach « emploi » du GTB doit s'assurer que les mesures mises en œuvre restent ciblées sur le travail. Tous les services sont financés par le Gouvernement flamand et sont gratuits pour le demandeur d'emploi.

En 2011, environ 5 500 personnes souffrant de problèmes médicaux, mentaux, psychologiques ou psychiatriques graves ont été évaluées par le VDAB ou par un centre GA externe (tableau 6.2). Plus de la moitié d'entre

elles ont été classées dans le groupe MMPP – parmi elles, certaines ont été dirigées vers le programme de trajet vers l'emploi MMPP (28 %) ou un parcours emploi-thérapie (16 %)[5], tandis que d'autres ont été déclarées inaptes au travail (15 %). Près d'un tiers ont été jugées prêtes à occuper un emploi régulier et donc à participer à un programme actif du marché du travail (spécialisé). En principe, les demandeurs d'emploi qui sont devenus inaptes au travail devraient sortir du régime d'assurance chômage et demander à bénéficier d'indemnités d'invalidité, mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans les faits car une telle situation serait socialement inacceptable – tous les chômeurs souffrant de problèmes de santé mentale ne sont pas admissibles au bénéfice d'indemnités d'invalidité, et même lorsqu'ils le sont, le transfert vers le régime d'invalidité prend du temps, d'où le risque pour le demandeur de se retrouver momentanément sans aucune prestation ou avec une prestation d'aide sociale plus réduite.

La participation est volontaire, mais 80 % environ des personnes à qui il avait été conseillé de suivre le programme de trajet vers l'emploi de 18 mois s'y sont effectivement inscrites en 2011. Depuis septembre 2009, 400 personnes ont terminé le programme : 27 % ont été déclarées prêtes à exercer un emploi rémunéré et 38 % inaptes à travailler, que ce soit dans un emploi régulier ou dans un environnement protégé (tableau 6.2). Jusqu'à présent, parmi les personnes qui ont participé au programme de trajet vers l'emploi MMPP, 36 seulement ont trouvé un emploi sur le marché du travail régulier. Pour 2012, le VDAB a l'intention de mesurer des facteurs de réussite supplémentaires, tels que les transitions vers les parcours emploi-thérapie, le travail bénévole, la prise en charge thérapeutique des problèmes de santé mentale, la prise de conscience de soi, etc. Un taux de réussite de 33 % peut paraître faible au premier abord, mais il ne faut pas perdre de vue que ces personnes sont les plus difficiles à ramener vers l'emploi et qu'elles sont souvent au chômage depuis de nombreuses années. Par ailleurs, le fait qu'un tiers seulement des individus jugés prêts à exercer une activité rémunérée trouvent effectivement un emploi montre que les employeurs belges restent très réticents à engager un chômeur présentant des troubles mentaux.

Peu de demandeurs d'emploi atteints de problèmes de santé mentale graves réussissent à décrocher un emploi. À peine 21 % des demandeurs d'emploi MMPP qui ont participé à un programme actif du marché du travail ont trouvé un emploi dans les six mois (graphique 6.3). Les demandeurs d'emploi atteints d'un « handicap à l'emploi reconnu » s'en sortent nettement mieux, puisque 45 % d'entre eux trouvent un emploi dans les six mois, mais ils ne font pas aussi bien que d'autres groupes à risque, tels que les demandeurs d'emploi à faible niveau d'études et les immigrants (dont 55 % trouvent un emploi dans les six mois).

Tableau 6.2. **Activation des demandeurs d'emploi souffrant de graves problèmes de santé mentale en Flandre, 2011**

	Orientation après examen		Orientation après participation au programme de trajet vers l'emploi MMPP	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Trajet vers l'emploi MMPP	1 543	28%	-	-
Parcours emploi-thérapie	912	16%	96	24%
Emploi protégé	589	11%	47	11%
Emploi régulier	1 674	30%	104	27%
Inapte au travail	813	15%	152	38%
Total	5 531	100%	399	100%

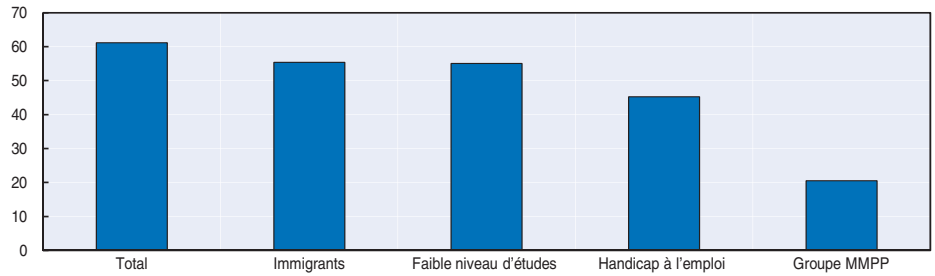
MMPP : Problèmes d'ordre médical, mental, psychologique ou psychiatrique.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données du Service public flamand de l'emploi et de la formation professionnelle.

L'un des facteurs qui limite la possibilité pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves d'occuper un emploi régulier réside dans le manque de souplesse du droit belge du travail pour le travail à temps partiel et la variation de la durée du travail dans le temps. Bien des personnes souffrant de troubles mentaux pourraient augmenter progressivement leur temps de travail, mais chaque changement de la durée de travail nécessiterait de modifier leur contrat de travail. De même, la durée de travail minimum dans un travail à temps partiel est fixée à un tiers du temps de travail dans un emploi à plein temps (c'est-à-dire trois heures par jour et 13 heures par semaine), ce qui n'est pas toujours à la portée d'une personne atteinte de troubles graves.

Graphique 6.3. **Peu de demandeurs d'emploi atteints de problèmes de santé mentale graves réussissent à décrocher un emploi**[a]

Pourcentage de personnes exerçant un emploi six mois après avoir terminé un programme actif du marché du travail, 2011



MMPP : Problèmes d'ordre médical, mental, psychologique ou psychiatrique.

a. Les formes d'emploi considérées incluent l'emploi protégé et les parcours emploi-thérapie.

Source : Service public flamand de l'emploi et de la formation professionnelle.

Actions en direction des bénéficiaires de l'aide sociale et d'indemnités d'invalidité

Avec le soutien financier du Gouvernement flamand, le VDAB a institué en 2011 une collaboration avec les centres publics d'action sociale (OCMW) et l'INAMI et ses mutualités afin de rendre ses programmes accessibles aux bénéficiaires de l'aide sociale et d'indemnités d'invalidité, en particulier ceux d'entre eux qui souffrent de problèmes de santé mentale. Cette coopération s'annonce prometteuse mais ne se fera pas sans un changement clair des mentalités, notamment de la part des médecins des mutualités. En particulier, les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité qui s'inscrivent auprès du service public régional de l'emploi perdent automatiquement leurs droits aux prestations d'invalidité, sauf s'ils obtiennent l'accord explicite du médecin de la mutualité (INAMI, 2010). La coopération est pour l'instant limitée – seulement 60 % des 230 places qui ont été ouvertes au VDAB pour les bénéficiaires de l'aide sociale et d'indemnités d'invalidité ont trouvé preneur (Vlaams Parlement, 2012) – même si l'initiative a été favorablement accueillie par les différents acteurs concernés. Enfin, le VDAB a créé une plateforme qui permet aux intervenants des différents secteurs (bureaux d'aide sociale, INAMI et secteur de la santé) de s'échanger des informations et d'identifier les meilleures pratiques.

Conclusions et recommandations

Les services publics de l'emploi (SPE) sont plus sensibles à la question des troubles mentaux depuis quelques années, et ils ont mis en place des programmes pilotes prometteurs à l'intention des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale en coopération étroite avec les secteurs de la santé et de l'action sociale. Cependant, il n'est pas certain que les personnes atteintes de troubles mentaux légers et modérés bénéficient d'un soutien adéquat, alors qu'elles sont beaucoup nombreuses que celles souffrant de troubles mentaux graves parmi les bénéficiaires d'allocations de chômage. Dans une certaine mesure, le surcroît d'attention porté aux problèmes de santé mentale lors de l'évaluation des demandeurs d'emploi en Flandre devrait contribuer à améliorer la détection précoce des troubles mentaux plus modérés. Toutefois, une coopération étroite entre le SPE et le secteur de la santé profiterait à l'ensemble des demandeurs d'emploi souffrant de problèmes mentaux, et pas uniquement ceux dont les troubles sont les plus graves – comme c'est le cas actuellement. Il est également essentiel de renforcer la collaboration et la volonté des employeurs d'embaucher et de maintenir dans l'emploi des travailleurs ayant des troubles mentaux afin d'améliorer leur intégration sur le marché du travail.

Recommandations

- Élaborer le cadre juridique nécessaire à l'établissement d'une coopération étroite entre le SPE et les secteurs des soins et de l'action sociale, et mobiliser des ressources financières suffisantes pour mettre en place des programmes du marché du travail conjoints à l'intention des personnes souffrant de problèmes de santé mentale modérés qui perçoivent des allocations de chômage ou d'autres prestations (par exemple, aide sociale, indemnités d'assurance maladie-invalidité ou allocations aux personnes handicapées).
- Le comportement des demandeurs d'emploi dont les problèmes de santé mentale ne sont pas divulgués peut être interprété à tort comme un manque de motivation (par exemple, s'ils ne se rendent pas à un entretien d'embauche ou quittent une formation, etc.), ce qui augmente le risque qu'ils soient sanctionnés. Bien que les sanctions (ou la menace de santions) soient utiles pour inciter les demandeurs d'emploi à chercher activement du travail, des sanctions répétées peuvent être le signe que la personne souffre d'un problème de santé mentale sous-jacent. Cette catégorie devrait recevoir une attention accrue de la part des gestionnaires de cas.
- Rendre les programmes accessibles aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale qui ont encore leur emploi mais risquent de le perdre.
- Assouplir le droit du travail pour faciliter un retour graduel au travail et l'emploi à temps partiel. Un changement (temporaire) de la durée du travail ne devrait pas nécessiter de changement de contrat.

Notes

1. Avant 2010, ces évaluations étaient effectuées au cours des six premiers mois de l'épisode de chômage pour les demandeurs d'emploi âgés de moins de 50 ans, mais pas nécessairement au moment de leur inscription. Pour permettre une détection plus précoce des problèmes, l'évaluation est maintenant conduite systématiquement à l'inscription. D'autres évaluations peuvent être réalisées à tout moment pendant l'épisode de chômage si un problème est détecté.
2. Les psychologues du VDAB disposent de plusieurs outils de détection : entretiens, questionnaires sur papier (par exemple, liste de vérification des

symptômes, stratégies d'adaptation, personnalité générale), tests d'intelligence (par exemple, Échelle d'intelligence de Wechsler pour les adultes – WAIS), tests informatisés (par exemple, aptitudes cognitives, capacités de mémoire et d'apprentissage, personnalité), et assistance à l'interprétation des informations médicales.

3. Le VDAB définit le « handicap à l'emploi » comme « un problème de longue durée et important de participation à la vie active dû à l'interaction entre des troubles fonctionnels de nature mentale, psychique, physique ou sensorielle, à des contraintes dans la réalisation d'activités et de facteurs personnels et externes ». Pour être reconnus comme étant atteints d'un handicap à l'emploi, les bénéficiaires d'allocations de chômage doivent 1) être reconnus comme handicapés par le VAPH, l'INAMI, le Fonds des accidents du travail ou le régime d'allocations aux personnes handicapées ; 2) être issus du système d'éducation spécialisé ; ou 3) avoir un certificat établi par un service ou un médecin reconnu du VDAB.

4. Cette liste de handicaps s'appuie sur des classifications reconnues au plan international – le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, révision textuelle) et la CIM-10 (Classification internationale des maladies, dixième révision) – et couvre les troubles mentaux.

5. Le parcours emploi-thérapie est une forme de travail non rémunéré destinée aux personnes qui ne peuvent pas encore ou ne peuvent plus occuper un emploi régulier ou protégé. Il permet au participant d'exercer des activités fondées sur le travail dans un environnement de production ou de services et s'inscrit dans un continuum de soins et d'emploi, l'une ou l'autre de ces deux composantes pouvant être mise en avant en fonction de la demande et des possibilités de la personne.

Références

Bureau fédéral du Plan (2012), *www.be2020.eu*, consulté le 30 mai 2012.

INAMI (2010), "Études, Bulletin d'Information 2010/1", Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, Bruxelles.

OCDE (2011), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2011-fr*.

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale etl'emploi*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/789264124561-fr*.

Office national de l'emploi (2012), *www.rva.be*, consulté le 30 mai 2012.

Vlaams Parlement (2012), « Handelingen, Commissievergadering n° C164-ECO21 (2011-2012) », 8 maart 2012, Commissie voor Economie, Economisch Overheidsinstrumentarium, Innovatie, Wetenschapsbeleid, Werk en Sociale Economie, Bruxelles.

Samoy, E. (2012), « Handicap en Arbeid, Deel II: Beleidsontwikkelingen », Update 2012, Vlaamse Overheid, Departement Werk en Sociale Economie.

Venn, D. (2012), « Eligibility Criteria for Unemployment Benefits: Quantitative Indicators for OECD and EU Countries », Documents de travail de l'OCDE : questions sociales, emploi et migrations n° 131, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5k9h43kgkvr4-en*.

Chapitre 7

Le secteur de la santé mentale en Belgique

Ce chapitre étudie la capacité des services de santé mentale de la Belgique à offrir des traitements appropriés aux personnes atteintes de troubles mentaux, puis examine les difficultés auxquelles sont confrontés les systèmes de soins primaires et les ressources dont ils disposent, ainsi que l'accessibilité des services spécialisés. Il aborde ensuite la grande réforme en cours dans le domaine de la santé mentale et le rôle que pourrait jouer le secteur de l'emploi en faveur d'une meilleure coordination et d'une intégration accrue des services de santé mentale et du système d'emploi.

De nombreux troubles mentaux sont persistants et présentent une récurrence élevée. Il est pourtant possible de soigner la plupart d'entre eux, en réduisant les symptômes et en stabilisant l'état du patient, même s'il est impossible de les guérir au sens où cela impliquerait l'élimination de la cause du trouble mental. Si certaines données indiquent qu'un traitement adéquat améliore les performances au travail, les améliorations cliniques ne se traduisent pas automatiquement ni entièrement par un meilleur fonctionnement au travail, un accès facilité à l'emploi correctement rémunéré ou une sortie du régime d'invalidité (Frank et Koss, 2005). Il est donc nécessaire que le secteur de la santé mentale, les services de l'emploi et les employeurs coopèrent pour accroître les taux d'activité des personnes souffrant de troubles mentaux.

Une réorganisation majeure du secteur de la santé mentale

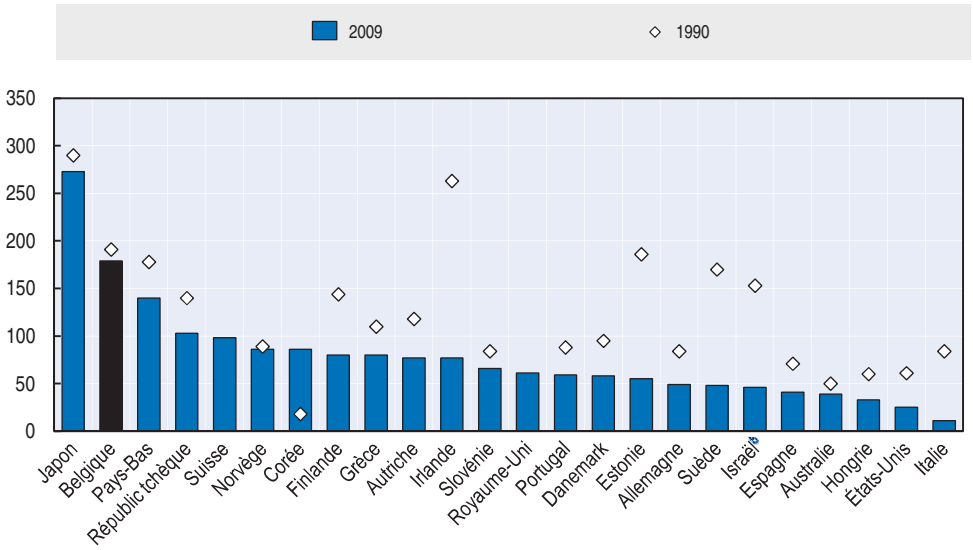
En Belgique, les soins de santé mentale sont administrés à la fois au niveau fédéral et au niveau communautaire. Le gouvernement fédéral est responsable de l'organisation et du financement des hôpitaux psychiatriques, des services psychiatriques des hôpitaux généraux, des établissements de soins psychiatriques et des foyers-logements (soins tertiaires), tandis que chacune des trois communautés linguistiques est chargée de l'organisation et du financement des centres de santé mentale (soins secondaires). Les soins primaires sont délivrés par les médecins généralistes, les centres d'assistance scolaire et les centres d'action sociale. Cependant, la coordination et la coopération entre les différents acteurs et niveaux administratifs ne sont pas toujours transparentes, quand elles ne font pas purement et simplement défaut. Le système est devenu de plus en plus complexe à mesure que les différentes parties prenantes, y compris les fournisseurs de soins primaires, ont pris chacune de leur côté des initiatives pour faire face à la demande croissante de services de santé mentale et au manque de continuité des soins. En conséquence, il existe de fréquents chevauchements entre les services proposés par les centres d'action sociale (soins primaires) et les centres de santé mentale (soins secondaires), ainsi qu'entre les fournisseurs de soins secondaires et tertiaires, conjugués à l'absence de vision généraliste précise des possibilités de traitement.

Une vaste réforme a été engagée pour réorganiser le secteur de la santé mentale dans le sens d'une plus grande uniformité et continuité du système de soins. Cette réforme implique tout d'abord un transfert des services du système hospitalier vers la collectivité. Ce processus de « désinstitutionnalisation » est salutaire, mais il intervient beaucoup plus tard que dans la majorité des autres pays de l'OCDE (pour un rapide aperçu, le lecteur est invité à se référer à OCDE, 2012). Avec environ 185 lits de psychiatrie pour 100 000 habitants en 2010, la Belgique est l'un des pays de l'OCDE où ce ratio est le plus élevé (seul le Japon affiche un ratio supérieur

encore ; graphique 7.1), en dépit du fait que les soins de proximité ont des avantages solidement établis par rapport aux soins hospitaliers en termes d'insertion des patients atteints de troubles mentaux. Les autres aspects de la réforme du secteur de la santé mentale sont les suivants : amélioration de la coordination et de la continuité entre les différents niveaux de soins de santé mentale, focalisation accrue sur la prévention, détection et intervention précoces, et amélioration de la coopération avec les autorités chargées de l'éducation et, depuis très récemment, de l'emploi (*cf.* encadré 7.1).

Graphique 7.1. **La Belgique se classe au deuxième rang des pays de l'OCDE en termes de ratio de lits psychiatriques**

Nombre de lits de soins psychiatriques pour 100 000 habitants, 1990-2009[a]



a. Les données relatives à l'Australie portent sur 1991 et 2006. Les données indiquées pour l'année 1990 portent en fait sur : 1991 pour l'Allemagne et les États-Unis ; 1993 pour la Finlande, la Grèce et le Japon ; et 1994 pour la Hongrie.

b. Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.*

Source : OCDE (2012), *Indicateurs de la qualité des soins de santé* (*www.oecd.org/health/healthdata)*.

Encadré 7.1. **Le secteur de la santé mentale belge fait actuellement l'objet d'une vaste réforme**

En 2002, tous les ministres responsables de la santé publique, de la politique sanitaire et des affaires sociales – soit sept ministres aux niveaux fédéral, régional et communautaire – ont signé une déclaration commune visant à centrer les soins de santé mentale davantage sur la demande par la réalisation de circuits de soins et réseaux de soins dans lesquels les différents acteurs coopéreront pour délivrer des soins continus adaptés aux besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale au lieu de se focaliser sur l'offre de services de telle ou telle institution (article 11 de la Loi fédérale relative aux hôpitaux). Plusieurs projets ont démarré en Belgique (45 en Flandre), mais il manque pour l'instant un cadre global.

Pour améliorer la mise en œuvre des réseaux et circuits de soins, la conférence interministérielle de 2010 a publié un guide qui décrit la structure et les objectifs d'un réseau de soins, les ressources (financières) mises à disposition par le gouvernement fédéral et les implications juridiques[1]. Le guide précise en particulier que chaque réseau de soins doit remplir cinq fonctions : 1) activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, dépistage et pose d'un diagnostic, et détection et intervention précoces, en coopération étroite avec les structures de soins primaires (médecins généralistes, centres d'action sociale et soins à domicile) ; 2) des équipes ambulatoires polyvalentes d'intervention à domicile permettant la fourniture rapide de soins aisément accessibles ; 3) des équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale (y compris par le travail – les ministres du Travail ayant été récemment invités à se joindre aux débats sur la réforme pour stimuler la coopération entre les secteurs de la santé mentale et de l'emploi) ; 4) unités intensives de traitement résidentiel, donnant lieu à un suivi après la sortie du patient ; et 5) formules résidentielles spécifiques. Pour financer le réseau de soins, les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux peuvent réaffecter les ressources dévolues aux lits hospitaliers à la mise en place d'un réseau de soins, en coopération avec les autres acteurs du secteur (article 107 de la Loi fédérale relative aux hôpitaux).

En juin 2011, la conférence interministérielle a approuvé dix propositions de projet de mise en œuvre de réseau, qui se sont vu allouer par le gouvernement fédéral une modeste enveloppe de 750 000 EUR. Une année après, neuf autres projets avaient été approuvés. Ces projets dureront au moins trois ans et seront suivis par une équipe de chercheurs en vue de leur évaluation. Après évaluation, le cadre devrait être mis en œuvre sur l'ensemble du territoire.

1. Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits de soins et réseaux de soins (*www.psy107.be/*).

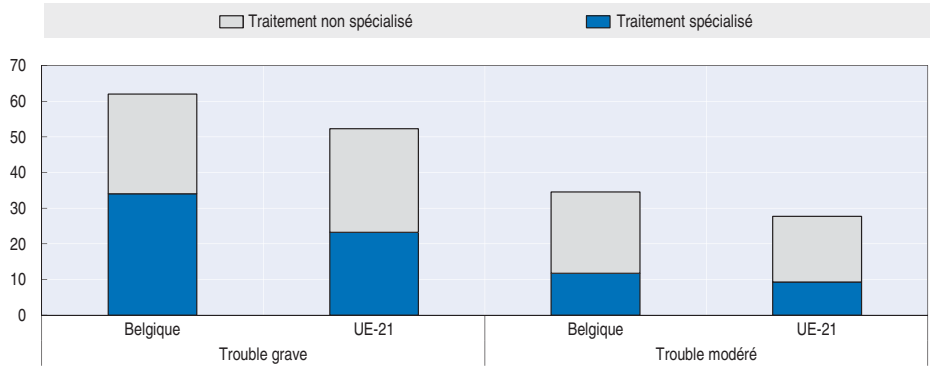
Identifier et corriger les carences de traitement

En dépit des effets positifs des traitements, le rapport de l'OCDE *Mal-être au travail ?* (OCDE, 2012) indique que les traitements sont souvent insuffisants et, dans bien des cas, inadéquats. En Belgique, parmi les

personnes atteintes de troubles mentaux graves, environ 60 % ont sollicité ou reçu un traitement en 2010, et la proportion tombe à 35 % pour les personnes souffrant d'un trouble mental courant (graphique 7.2).

Graphique 7.2. **Seule une minorité de personnes souffrant de problèmes de santé mentale suit un traitement**

Part de l'ensemble des personnes souffrant de problèmes de santé mentale qui ont suivi un traitement, par type de traitement[a] et degré de gravité du trouble mental, en Belgique et dans 21 pays européens de l'OCDE en moyenne, 2010



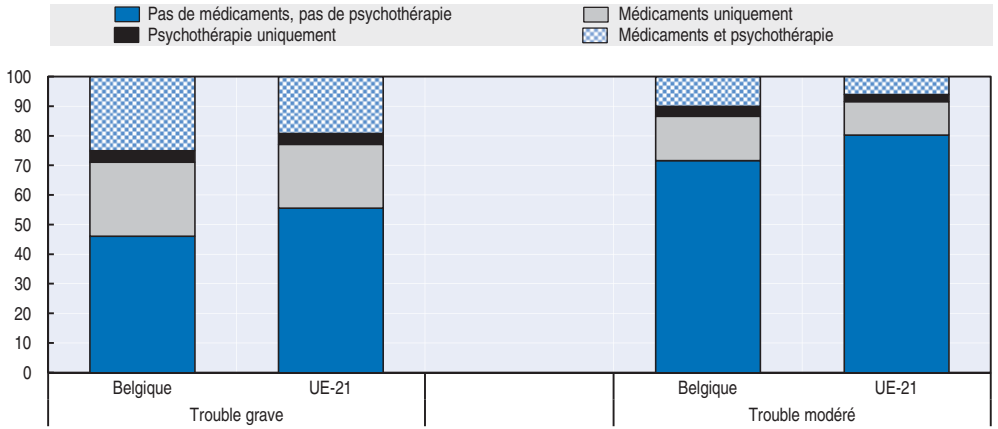
a. Les traitements « spécialisés » recouvrent les traitements délivrés par des psychiatres, des psychologues, des psychothérapeutes ou des psychanalystes. Un traitement « non spécialisé » peut être délivré par un médecin généraliste, un pharmacien, une infirmière, un travailleur social ou « quelqu'un d'autre ».

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre, 2010.

Bien qu'elles soient légèrement supérieures aux moyennes de l'OCDE de 52 % et 28 % respectivement, ces parts sont faibles, même s'il est possible que certaines personnes n'aient pas besoin de traitement. En outre, parmi celles qui ont été traitées pour un trouble mental grave, 46 % ont vu un médecin mais n'ont pas reçu de traitement médicamenteux et n'ont pas suivi de psychothérapie, 25 % ont reçu un traitement médicamenteux mais n'ont pas suivi de thérapie et 3.8 % ont suivi une thérapie mais ne se sont pas vu prescrire de médicaments (graphique 7.3). Seulement une personne sur quatre a suivi à la fois une psychothérapie et un traitement médicamenteux – association généralement considérée comme le traitement optimal pour la plupart des troubles mentaux (Lethinen *et al.*, 2007). La part est encore plus faible chez les personnes atteintes de troubles mentaux modérés. De plus, les médicaments psychotropes ne sont pas toujours utilisés de la façon la plus efficace qui soit. Les données de l'INAMI indiquent que la majorité des patients prennent des antidépresseurs sur des périodes très courtes, alors que les lignes directrices scientifiques préconisent une durée de traitement minimum de six mois[1].

Graphique 7.3. **Seule une minorité de l'ensemble des patients suit un traitement associant médicaments et psychothérapie**

Part des patients traités[a] qui ont pris des médicaments antidépresseurs et/ou suivi une psychothérapie, en Belgique et dans 21 pays européens de l'OCDE en moyenne en 2005, selon le degré de gravité du trouble mental



a. Patients traités par un professionnel pour un problème psychologique ou émotionnel au cours des 12 derniers mois.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre, 2005.

L'orientation vers les soins spécialisés reste problématique

Le manque de traitements adéquats, voire de traitements tout court, est lié à la question de la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et de leur divulgation, ainsi qu'à l'orientation problématique des patients vers des soins spécialisés (Dezetter *et al.*, 2012). La majorité des personnes qui souhaitent obtenir un traitement se tournent en premier lieu vers leur médecin généraliste. Néanmoins, les études de médecine ne préparent que partiellement les généralistes à reconnaître et soigner les personnes atteintes de troubles mentaux (De Coster *et al*., 2004), et actuellement, les médecins n'ont pas la possibilité de contacter un spécialiste de la santé mentale pour s'entretenir brièvement avec lui au sujet du traitement de leurs patients souffrant de problèmes de santé mentale ou d'adresser rapidement leurs patients à un psychiatre pour obtenir un avis de spécialiste (Claes *et al.*, 2010).

L'orientation des patients vers des soins spécialisés est problématique pour un certain nombre de raisons. Premièrement, la stigmatisation qui entoure les troubles mentaux dissuade les malades de solliciter l'aide d'un

professionnel de la santé mentale (Alonso *et al.*, 2009). Deuxièmement, les délais d'attente pour consulter un psychiatre ou un autre spécialiste de la santé mentale sont longs (Vandeurzen, 2010). Ainsi, dans les centres de santé mentale flamands, le délai d'attente moyen est de 40 jours (33 jour en 2009) même si la situation est très variable d'une municipalité à une autre[2]. Seulement 65 % des patients obtiennent un rendez-vous dans le mois, et 16 % doivent attendre plus de deux mois. Le délai d'attente moyen pour obtenir un deuxième rendez-vous est encore de 40 jours en moyenne. De la même manière, les psychiatres sont rarement disponibles à brève échéance (Claes *et al.*, 2010). Troisièmement, même si l'offre de traitements proposés par les psychothérapeutes n'est pas véritablement un problème en Belgique, le fait que les psychothérapeutes n'aient pas toujours les qualifications requises dilue la qualité des traitements disponibles (Claes *et al.*, 2010). Quiconque peut se dire psychothérapeute sans avoir de diplôme spécifique (quoiqu'un grand nombre de psychothérapeutes soient psychologues ou psychiatres), d'où une qualité très variable. Il est impossible de se faire une idée des compétences d'un psychothérapeute et de la qualité de ses traitements, si ce n'est au travers des avis formulés par les autres utilisateurs ou spécialistes du domaine.

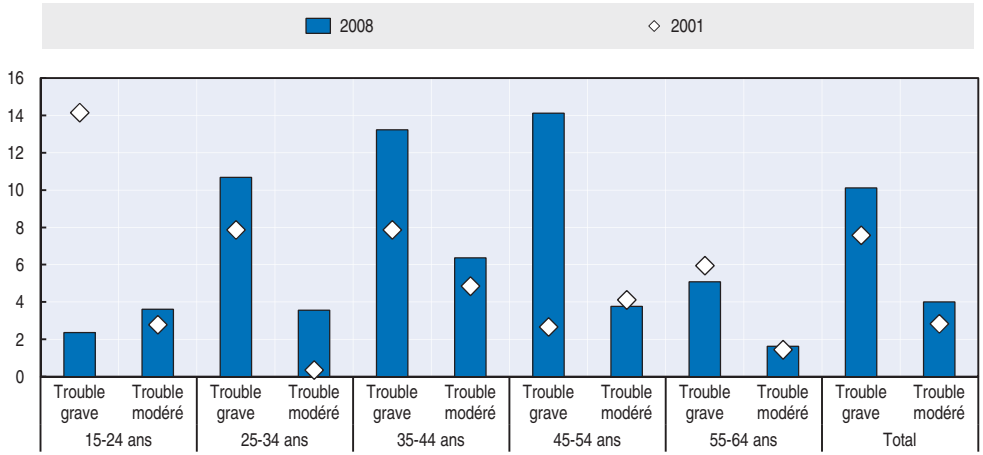
En outre, la préférence donnée aux traitements médicamenteux par rapport à la psychothérapie est en partie liée aux coûts relatifs des deux approches – les médicaments coûtant généralement moins cher qu'une thérapie professionnelle (suivie dans la durée) – même si les données issues de l'Enquête belge de santé par interview montrent que seule une minorité des personnes qui ont besoin d'un traitement pour troubles de la santé mentale n'ont pas les moyens financiers d'y accéder (graphique 7.4).

Alors que les séances de psychothérapie avec un psychiatre sont remboursées par l'INAMI, les mêmes séances avec un psychologue ou un psychothérapeute ne sont pas prises en charge, principalement à cause de la non-réglementation de la profession de psychothérapeute. Certaines mutualités proposent le remboursement de ces séances moyennant la souscription d'un contrat d'assurance supplémentaire, mais les modalités et le niveau de couverture varient fortement entre les mutualités, voire entre deux branches d'une même mutualité, et les conditions de remboursement changent continuellement[3].

Bien souvent, seules les séances de psychothérapie pour les enfants et les adolescents sont prises en charge. Certaines mutualités limitent (quelque peu) le choix du psychothérapeute, et d'autres exigent que le patient ait été adressé à un psychothérapeute par un médecin généraliste, un centre de santé mentale, un centre d'assistance scolaire ou un centre d'action sociale.

Graphique 7.4. **Seule une minorité de patients n'a pas les moyens financiers d'accéder à un traitement pour troubles de la santé mentale**

Part des personnes qui vivent dans un foyer dont l'un des membres a eu besoin de suivre un traitement pour troubles de la santé mentale au cours des 12 derniers mois mais n'a pas pu y accéder faute de ressources financières suffisantes, selon le degré de gravité du trouble mental et selon l'âge, 2001 et 2008



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Enquête belge sur la santé par interview.

Conclusions et recommandations

Le secteur de la santé mentale belge est complexe et fortement orienté sur les soins hospitaliers aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. L'absence de coopération et de coordination étroites entre les différents fournisseurs de soins (primaires, secondaires et tertiaires) est à déplorer et les délais d'attente pour obtenir des soins sont longs. Dans le même temps, les traitements sont souvent très insuffisants. Pour ces raisons, la réforme qui a été engagée récemment pour réorganiser le secteur de la santé mentale dans le sens d'une plus grande uniformité et continuité du système de soins est particulièrement bienvenue. Bien que le rythme de la réforme ait été plutôt lent jusqu'à présent, toutes les parties prenantes (plusieurs ministères aux niveaux fédéral, régional et communautaire) sont désormais en accord sur les grandes lignes de la réforme. L'association récente des ministères du Travail au processus offre une occasion d'améliorer la coopération et la coordination avec les services de l'emploi.

Recommandations

- Créer un titre juridiquement protégé de « psychothérapeute » pour améliorer la qualité des traitements proposés et rendre le secteur plus accessible. Cela aurait également le mérite de faciliter la prise en charge des coûts des traitements par les mutualités et de réduire potentiellement les carences de traitement.
- Étendre les réseaux de soins continus sur l'ensemble du territoire belge. Obliger les hôpitaux à réduire davantage le nombre de lits de psychiatrie par habitant pour s'aligner sur la moyenne de l'OCDE et à coopérer étroitement avec les centres de santé mentale. Mobiliser également les services publics de l'emploi, les employeurs, les services de santé du travail et les mutualités.
- Associer les services publics de l'emploi, les employeurs, les services de médecine du travail et les mutualités dans la réforme des soins de santé mentale et tester différents moyens d'intégrer les services de santé et d'emploi.
- Faciliter l'orientation vers les services spécialisés et mettre en place des points de contact téléphoniques auprès desquels les médecins généralistes pourraient obtenir des conseils sur les problèmes de santé mentale.

Notes

1. Un consommateur d'antidépresseurs sur quatre prend son traitement pendant moins d'un mois (c'est-à-dire l'équivalent de 30 « doses quotidiennes définies » ou DQD, la dose quotidienne moyenne supposée d'un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte), alors qu'à peine 28 % des utilisateurs suivent leur traitement pendant plus de six mois. Pour les médicaments antipsychotiques, plus de la moitié des utilisateurs prennent leur traitement pendant un mois ou moins. Les données sont tirées de la collecte de données Pharmanet de l'INAMI (*www.riziv.be/drug/fr/statistics-scientific-information/pharmanet/introduction/index.htm*).
2. Les données ont été obtenues après de l'Agence flamande Soins et Santé (*www.zorg-en-gezondheid.be/*).
3. Pour un aperçu détaillé des règles de remboursement des séances de psychothérapie effectuées avec des psychologues ou des psychothérapeutes, telles que les pratiquent les différentes mutualités, le lecteur est invité à se référer à *http://users.myonline.be/allemeesch/KlinPsy/Terugbetaling.htm* (en néerlandais).

Références

Alonso, J., A. Buron, S. Rojas-Farreras *et al.* (2009), « Perceived Stigma among Individuals with Common Mental Disorders », *Journal of Affective Disorders*, vol. 118, pp. 180-186.

Claes, S., M. Casteels, M. Danckaerts *et al.* (2010), « Het Toenemend Gebruik van Psychofarmaca », Visietekst, Metaforum, Université catholique de Louvain.

De Coster, I., C. Van Audenhove, M. Goetinck et H. van den Ameele (2004), « Collegiale Consultatie tussen Huisarts and Psychiater: Sleutelelement in de Aanpak van Depressie », *Neuron*, vol. 9, n° 8, pp. 238-244.

Dezetter, A., X. Briffault, R. Bruffaerts *et al.* (2012), « Use of General Practitioners versus Mental Health Professionals in Six European Countries: The Decisive Role of the Organization of Mental Health-Care Systems », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, à paraître.*

Frank, R. et C. Koss (2005), « Mental Health and Labour Markets Productivity Loss and Restoration », Disease Control Priorities Project Geneva, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Lehtinen, V., H. Katschnig, V. Kovess-Masfety et D. Goldberg (dir. pub.) (2007), « Developments in the Treatment of Mental Disorders », in M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos et G. Thornicroft (dir. pub.), *Mental Health Policy and Practice Across Europe*, Open University Press, McGraw-Hill, Berkshire.

OCDE (2011), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr.*

Vandeurzen, J. (2010), « Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen », Kabinet van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Bruxelles.

Annexe A

Tendances des dépenses consacrées à l'invalidité et à la maladie en Belgique

En pourcentage du PIB, des dépenses d'indemnisation du chômage et des dépenses sociales publiques totales

	% PIB		% Chômage	% Dépenses sociales
	2000	2009	2009	2009
Australie	2.0	1.8	331	10.2
Autriche	3.3	2.8	259	9.5
Belgique	1.9	2.2	67	7.3
Canada[a]	0.5	0.5	48	2.5
Chili	0.7	1.2	15 558	9.8
République tchèque	2.2	2.0	195	9.6
Danemark	2.6	3.4	371	11.3
Estonie	1.2	1.8	162	7.5
Finlande	3.0	3.4	215	11.5
France	1.5	1.6	108	5.0
Allemagne	2.8	2.6	159	9.2
Grèce	1.4	1.3	181	5.4
Hongrie	1.0	2.0	246	8.2
Islande	3.1	4.1	247	22.4
Irlande	1.1	2.2	84	9.3
Israël[b]	1.2	1.6	372	9.9
Italie	1.6	1.3	193	4.8
Japon	0.4	0.5	69	2.2
Corée	0.2	0.2	52	2.1
Luxembourg	2.3	2.2	218	9.2
Mexique	0.0	0.0	..	..
Pays-Bas	4.9	3.8	262	16.4
Nouvelle-Zélande	1.2	1.4	290	6.4
Norvège	5.1	5.7	1 352	24.3
Pologne	2.7	1.7	828	8.0
Portugal	1.7	1.7	138	6.6
République slovaque	1.9	1.5	516	8.1
Slovénie	2.2	1.8	377	7.7
Espagne	2.2	2.4	69	9.2
Suède	4.1	3.4	462	11.3
Suisse[c]	2.8	2.6	502	14.4
Turquie	0.2	0.3	..	2.7
Royaume-Uni	2.8	2.9	620	11.9
Etats-Unis	1.5	1.8	210	9.6
OCDE	2.0	2.0	209	9.2

.. : Données non disponibles.

Note : La catégorie invalidité fait référence aux pensions d'invalidité publiques et aux pensions d'invalidité privées ; la catégorie maladie fait référence aux congés maladie rémunérés privés (englobant à la fois les indemnités journalières pour accidents du travail et autres maladies professionnelles).

a. Les données n'englobent pas les dépenses au titre des paiements provinciaux de l'aide sociale à l'invalidité (qui en gros doubleraient le montant des dépenses), non plus que les dépenses au titre des régimes privés et facultatifs d'invalidité de longue durée.

b. Les informations sur les données concernant Israël sont disponibles sur *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.*

c. Les données portent sur 2008 et non 2009.

Source : Base de donnés de l'OCDE sur les dépenses sociales (www.oecd.org/els/social/depenses).

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
(81 2013 05 2 P) ISBN 978-92-64-18758-0 – n° 60390 2013

Santé mentale et emploi

BELGIQUE

Sommaire

Résumé
Évaluation et recommandations
Chapitre 1. Les défis posés par la santé mentale et l'emploi en Belgique
Chapitre 2. Le système éducatif belge
Chapitre 3. Employeurs et environnement de travail en Belgique
Chapitre 4. Le régime de prestations de maladie et d'invalidité en Belgique
Chapitre 5. Le régime d'allocations d'invalidité en Belgique
Chapitre 6. Les services publics de l'emploi en Belgique
Chapitre 7. Le secteur de la santé mentale en Belgique

À lire également

Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi (2012)
Mental Health and Work: Sweden (2013) en anglais uniquement
Mental Health and Work: Norway (2013) en anglais uniquement
Mental Health and Work: Denmark (2013) en anglais uniquement

www.oecd.org/els/invalidite

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2013), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr
Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site ***www.oecd-ilibrary.org*** et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-18758-0
81 2013 05 2 P

